

自立支援医療 (育成医療) 意見書 (診断書)

受給者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	歳
	居住地						
病名		発症年月日	年 月 日 (先天性・後天性 歳)				
障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)肝臓機能障害 (9)その他内臓機能障害 (10)免疫機能障害						
障害の状況							
医療の具体的方針	(補装具 有・無)						
治療	治療見込期間	入院治療期間	年	月	日	～	年 月 日 (日間)
		通院治療期間	年	月	日	～	年 月 日 (日間)
		通院回数 (月 回)					
		訪問看護期間	年	月	日	～	年 月 日 (日間)
		訪問回数 (月 回)					
		手術予定年月日	年	月	日	通算 日間	
	医療費概算額	入院治療費			円		
		通院治療費			円 計	円	
		訪問看護等			円		
移送費見込額							円
医療費概算及び移送費見込合計額							円
治療後における障害の回復状況の見込み							
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。 年 月 日 医療機関所在地 名称 電話 担当医師名							
						印	