

自立支援医療費(育成医療)意見書

| | | | | | |
|--|--|---------------|---------------|-------|--|
| フリガナ | | 年齢 | 歳 | 生年月日 | |
| 受診者氏名 | | | | | |
| フリガナ | | 郵便番号 | 〒 | | |
| 受診者住所 | | 電話番号 | | | |
| 病名 | | 発症年月日 | | | |
| 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 | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 治療予定期日 | 年 月 日から 年 月 日 | | |
| | | 入院治療期間 | 日間 | 通算 日間 | |
| | | 通院治療回数並びに期間 | 回 日間 | | |
| | | 訪問看護予定回数並びに期間 | 回 日間 | | |
| 医療費概算額 | 入院治療費 | 円 | 計 | 円 | |
| | 通院治療費 | 円 | | | |
| | 訪問看護等 | 円 | | | |
| 移送費見込額 | 円 | | | | |
| 医療費及び移送費合計額 | 円 | | | | |
| 治療後における障害回復状況の見込 | | | | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 電話番号 科名・担当医師名 | | | | | |