

(様式第2号)

自立支援医療(育成医療)意見書				
フリガナ 受診者氏名			生年月日	年齢
			年 月 日	歳
受診者住所				
病名		発症年月日	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)その他内臓障害 (10)免疫機能障害			
医療の具体的方針				
治療用装具	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	装具名		
治療	治療見込期間	年 月 日から 年 月 日まで(通算 日間) (内訳) 入院治療予定期間 日間 通院治療予定回数及び期間 回 日間 訪問看護予定回数及び期間 回 日間		
	医療費概算額	合計 円 (内訳) 入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円		
移送費見込額	円			
医療費概算額及び移送費見込額の合計	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いたします。

年 月 日

指定自立支援医療機関 所在地  
医療機関の名称  
電話番号  
担当医師の氏名