

自立支援医療(育成医療)意見書				
受診者	フリガナ		年齢	生 年 月 日
	氏 名		歳	年 月 日
	住 所	〒 _____ 区 岡山市 _____ 区		
病 名			発症年月日	年 月 日
障害の種類 (該当するものに○)		(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		【具体的方針】  ○手術を行う予定がある場合は、手術日(予定日も含む)を記入 手術日: _____ 年 月 日  ○治療用装具を新規、変更または継続使用する場合は、下記を記入 ・下記の治療見込期間で新たに装具を装着または変更する場合(予定日を含む) 装具装着日: _____ 年 月 日 装具名: _____ ・現在装具をつけている場合は装具装着日 装具装着日: _____ 年 月 日 装具名: _____		
治 療	治療見込期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日(通算 日間) (内訳) 入院治療予定期間 _____ 日間 通院治療予定回数並びに期間 _____ 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	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				

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

医療機関名

電話番号

担当医師名

印