

(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		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
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)その他内臓障害 (9)免疫機能障害					
医療の具体的方針						
	治療開始年月日	年 月 日	治療終了年月日 (見込)	年 月 日		
治 療	治療見込期間	入院治療期間 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	回 回	日間 日間 日間	} 通算	日間
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	} 計		
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名

電話番号

担当医師名

印