

第2号様式(第2条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書							
フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生年月日
受診者氏名							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)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							
	治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
治 療	治療見込期間	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			日間
	訪問看護予定回数並びに期間	回		日間			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	

