様式第２号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | | | | | | | | | | | | |
| 受  診  者 | ふりがな |  | | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 | | | |
| 氏名 |  | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 病名 | |  | | | | | 発症の時期 | | 年 　月 　日頃 | | | 先天性  後天性 | |
| 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 | 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 | | | 年　 月 　日～　　年　 月　 日  年　 月　 日～　　年　 月　 日  年　 月　 日～　　年　 月　 日 | | | | | | 回　日間  　回　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 | | | | | 合計 　　　　　　　　　円 | | | | |
| 装具 | 有・無 | 装具名 |  | | | | | 概算払 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |