

※ 太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審査結果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印
審査年月日	年 月 日

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ 受診者氏名		年 齢	歳	年 月 日生
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	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	日 間 回 日 間 回	通 算 日 間
	入院（予定） 年 月 日	年 月 日	手術（予定） 年 月 日	年 月 日
	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

※法第59条第1項に定める指定自立支援医療機関の担当医師が記載してください。