|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３号（第５条関係） | | | | | | | | | |
| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | | | | | | | | |
| フリガナ  受診者名前 | |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | | 歳 | 平成　　令和 | 年　　月　　日 |
| 受診者住所 | |  | | | | | | | |
| 病　　名 | |  | | 発症年月日 | | | 令和 | 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 | 自 令和　　年　　月　　日 | | | 日間 | | |  |
| 至 令和　　年　　月　　日 | | |  |
| 通院治療回数  並びに期間 | 自 令和　　年　　月　　日 | | | 回　　 日間 | | | 通算　　　　日間 |
| 至 令和　　年　　月　　日 | | |  |
| 訪問看護予定回数  並びに期間 | 自 令和　　年　　月　　日 | | | 回　　 日間 | | |  |
| 至 令和　　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 | 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 | |  | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  指定自立支援医療機関名  電話番号  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |