|  |
| --- |
| 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　 |