様式第2号(第3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 | 年　　月　　日 |
| 受診者氏名 | 　 |
| 受診者住所 | 　 |
| 病名 | 　 | 発症年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害の種類じん(該当するものに○をつけて下さい。) | (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 |
| 医療の具体的方針障害(疾病)の状況を詳しく記入してください | 現病歴及び現症：その他(合併症の有無)：治療内容：その他： |
| 治療 | 治療見込期間 | 治療見込期間　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日入院治療期間　　　　　　　日間通院治療回数並びに期間　　回　　　　日間　　通算　　　　　　　　日間訪問看護予定回数並びに期間　　回　　　　日間　　 |
| 医療費概算額 | 入院治療費　　　　　　　　　円通院治療費　　　　　　　　　円　　計　　　　　　　　　　　　　　　　円訪問看護等　　　　　　　　　円 |
| 治療用装具 | 種目及び型式 | 　 | 費用 | 円　 |
| 必要とする理由 | 　 |
| 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(詳しくご記入下さい。) | 　 |
| 　上記のとおり診断し、その医療費、治療用装具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　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会計確認欄 | 担当者所属 | 　 | 担当者 | 　 |
| 確認年月日 | 年　　月　　日　 | 電話番号 | 　 |