

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	平成 令和 年 月 日生
受診者住所		富山市			
病名			発症年月日	平成 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			
入院(治療)開始年月日		令和 年 月 日	退院予定年月日	令和 年 月 日	
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 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		
移送費見込額					円
医療費および移送費合計額					円
治療後における障害の回復状況の見込					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p>					

※治療見込期間が3か月を超える場合、その理由を「医療の具体的方針」欄にご記入ください。