

| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | | | |
|--|--|-------|----------------------|-------------|
| フリガナ | | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | | | | 年 月 日 |
| 受診者住所 | さいたま市 | | | |
| 病 名 | | 発症年月日 | 年 月 日 (先天性・後天性 歳) | |
| 障害の種類 <small>(該当するものに○をつける)</small> | (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)その他内臓障害 (9)免疫機能障害 (10)肝臓機能障害 | | | |
| 医療の具体的方針 | (補装具 有 ・ 無) | | | |
| 治 療 | 入院治療期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 (日間) |
| | 通院治療回数並びに期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 (日間) |
| | 通院回数 (月 回) | | | |
| | 訪問看護回数並びに期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 (日間) |
| | 通院回数 (月 回) | | | |
| | 手術予定年月日 | 年 月 日 | | |
| 医療費概算額 | 入院治療費 | 円 | } 計 | 円 |
| | 通院治療費 | 円 | | |
| | 訪問看護等 | 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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 指定育成医療機関名 | | | | |
| 電話番号 | | | | |
| 担当医師名 | | | | |