

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日							
受診者氏名						年 月 日							
受診者住所													
病 名				発病年月日	① 先天性 ② 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 (該当するものに○を付けるとともに、障害の状況及び記載内容について詳しく記載してください。)	(1) 手術 (2) 理学療法(リハビリテーション等) (3) 補装具治療 (4) 未熟児網膜症の光凝固治療 (5) 人工内手術後の難聴療育 (6) 歯科矯正 (7) 言語療法 (8) 透析治療 (9) 腎移植術 (10) 中心静脈療法 (11) 免疫調整法 (12) その他() 手術日(年 月 日)												
治療	治療見込期間 (1回の承認につき最大半年間。但し歯科矯正・言語療法に限り最大1年間。)	術 前 検 査 期 間 日間 (通院予定 年 月 日から 年 月 日まで) 術前検査の具体的内容() 入 院 治 療 期 間 日間 (入院予定 年 月 日から 年 月 日まで) 通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間 回 日間 (通院予定 年 月 日から 年 月 日まで) 訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間 回 日間 (訪問予定 年 月 日から 年 月 日まで)				入院予定日以前の通院は、手術に伴う術前検査を行う場合に限り申請できます。							
	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 } (10割算出額)				通算 日間							
移送費見込額	円 (10割算出額)												
医療費及び移送費の合計額	円 (10割算出額)												
治療後における障害の回復状況の見込	□上記治療を行うことにより、上記障害の回復が見込まれる。(該当する場合は、□にレ点をつける。) ()												
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。													
医 療 機 関 コ ー ド <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
指 定 自 立 支 援 医 療 機 関 名													
所 在 地													
診 療 科													
担 当 医 師 名													
年 月 日 (意見書作成日でなく、今回申請の治療に対する診断確定日を記載してください)													
電話番号													

事務確認欄	確認日	確認欄