

## 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	生年月日	年 月 日
受診者住所					
病名				発症年月日	年 月 日
障害の種類（該当するものに○を付け、不自由の状況を記載）	(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)その他内臓機能障害 (9)免疫機能障害				
	不自由の状況				
医療の具体的方針	治療内容				
治療	治療見込期間	治療予定期間 年 月 日から 年 月 日まで 入院治療期間 日間 通院治療回数及び期間 回 日間 訪問看護予定回数及び期間 回 日間 通算 日間			
	医療費概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円 計 円			
移送費見込額					
医療費及び移送費合計額					
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

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名 科

佐渡市長 様