第2号様式(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療(育成医療)意見書 | | | | | | | | | |
| フリガナ  受診者氏名 | |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | | | 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 | | 治療期間　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 入院治療期間　　　　　　　日間  通院治療回数並びに期間　　　回　　　日間  訪問看護予定回数並びに期間　　　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 | | 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 | | | | | | | | | |