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　　　　　 |