|  |
| --- |
| 判定結果　　要 ・ 否　　　医師名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 県番号 | | | 点数表 | | | 医療機関コード | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
| 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  （該当するものを○で囲んでください。） | | ⑴肢体不自由　　　 　⑵視覚障害　　　 　⑶聴覚・平衡機能障害  ⑷音声・言語・そしゃく機能障害　　　 　⑸心臓機能障害　　 　⑹腎臓機能障害  ⑺小腸機能障害　　 ⑻肝臓機能障害　 　⑼その他内臓障害　 　⑽免疫機能障害 | | | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | （不自由の状況も併せて記入してください。） | | | | | | | | | |
| 治　　療 | 治療見込期間 | 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　　 通算　　　　　日間  訪問看護予定回数及び期間　　　　　回　　　　日間 | | | | | | | | | |
| 医療費概算額  （補装具費を除く。） | 入　院　治　療　費　　　　　　　　円  通　院　治　療　費　　　　　　　　円　　　　 計　　　　　　　　　　　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み | |  | | | | | | | | | |
| 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  電話番号  担当医師氏名 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。  　　　２　補装具については、補装具製作業者の見積書を添付すること。  ※医療機関の事務担当者の確認を必ず受けてください。 | | | | | | | | | | 事務確認印 |  |