

別紙様式2

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		性別	男・女	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。)	(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	(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	} 通算	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				
医療費概算額 (補装具費を除く。)	入院治療費	円	} 計	円		
	通院治療費	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						
印						

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
 2 補装具については、補装具製作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	
-------	--