

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 ○をつける) | (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 } 通算 日間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 } | | | | |
| | 医療費概算額 | 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |