

自立支援医療(育成医療)意見書

|   |        |   |    |     |       |                 |         |
|---|--------|---|----|-----|-------|-----------------|---------|
| フリガナ  |        |   | 性別 | 男・女 | 年齢    | 歳               | 生 年 月 日 |
| 受診者氏名   |        |   |    |     |       |                 |         |
| 住 所   |        |   |    |     |       |                 |         |
| 病 名   |        |   |    |     | 発症年月日 |                 |         |
| 障害の種類<br>(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<br>(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<br>(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  |        |   |    |     |       |                 |         |
|   |        | 治療開始年月日   |    |     |       | 治療終了年月日<br>(見込) |         |
| 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   |        |   |    |     |       |                 |         |
| <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 <span style="float: right;">㊞</span></p> |        |   |    |     |       |                 |         |

※ 上田市記入欄

育成医療に該当することを認める。

医師氏名

㊞