様式第2号(第4条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書(診断書)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 | |  | 性別 | 男・女 | 生年月日　　　　年　月　日 | | | | | | | | | 歳 | | |
| 居住地 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | |  | | 発症年月日 | | | 年　　　月　　　日  (先天性・後天性　　　　歳) | | | | | | | | | |
| 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)　その他内臓障害　(9)　肝臓機能障害　(10)　免疫機能障害 | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | (補装具　有・無) | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療 | | 治癒見込期間 | 入院治療期間　　　　　年　　月　　　日　～　　年　　月　　日(　　　日間)  通院治療期間　　　　　年　　月　　　日　～　　年　　月　　日(　　　日間)  　　通院回数(月　　　回)  訪問看護期間　　　　　年　　月　　　日　～　　年　　月　　日(　　　日間)  　　訪問回数(月　　　回)  通算　　　日間  手術予定年月日　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費概算及び移送費見込合計額 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 治癒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します。  年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定自立支援医療機関コード | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 指定自立支援医療機関名  所在地  電話番号  担当医師名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |