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　　　 |