

自立支援医療（育成医療）意見書（診断書）

受診者	氏名		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)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	治療見込期間	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します。 年 月 日 指定自立支援医療機関 所在地 名称 電話 担当医師名					

印