

## 自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		生年月日	年 月 日
受診者氏名			
受診者住所			
病 名	(いずれかに○印→ 先天性・後天性・不明)	初診年月日	年 月 日
障害の種類 (必ず該当するもの1つだけに○印)	(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)その他先天性内臓障害(呼吸器・ぼうこう・直腸は後天性も可) (9)ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 (10)肝臓機能障害		
不自由の状況 (具体的に記入してください)	※視覚障害については左右の視力または両眼の視野、聴覚障害については左右の聴覚レベルもご記入ください。		
治 療	治療の具体的方針 (手術・院外処方・治療用装具の有無に必ず○を付けてください)		
		手術予定日 年 月 日	院外処方(有・無) 治療用装具(有・無)
	治療見込期間	年 月 日 から 年 月 日	通算 日間
		入院治療予定期間 年 月 日から 年 月 日	通院治療予定期間 年 月 日から 年 月 日
	訪問看護予定回数 回	日間	
治療に要する費用の見込額	入院治療費 円 通院治療費 円 訪問看護等 円	} 計	円
治療後における障害の回復見込 (確実なる治療効果が期待できない場合は支給決定されません)			
備考			
指定自立支援医療機関の医師として、自立支援（育成）医療について上記のとおり診断する。 年 月 日			
指定医療機関	住所		
	名称		
	電話番号		
	担当医師氏名 (育成医療の「主たる医師」)	(印)	