様式第26号(第16条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療(育成医療)意見書 | | | | | | | | | |
| フリガナ  受診児氏名 | |  | 性別 | 男・女 | | 年齢 | | 歳 | 年　　月　　日 |
| 受診児住所 | |  | | | | | | | |
| 病名 | | (先天性・後天性) | | 発症年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 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　肝臓機能障害  　9　その他の内臓障害  10　免疫機能障害 | | 左記障害による不自由の状況を具体的に記入ください | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | 今回の治療開始予定年月日　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 医療用補装具(有・無)「1　肢体不自由のみ」 | | | | 補装具名： | | | |
| 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  訪問看護予定回数並びに期間　　　　回　　　日間 | | | | | 通算　　　　　日間 | | |
| 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 | |  | | | | | | | |
| 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。  年　　　月　　　日  指定自立支援医療機関名  電話番号  診療科  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |