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　　　　　　　 |