

## 自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ			
受診者氏名		生年月日	年 月 日
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
治療に要する費用の見込額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 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。			
指定医療機関	住所	年 月 日	
	名称		
	電話番号		
	担当医師氏名 (育成医療の「主たる医師」)		