別紙

**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）臓機能障害（７）小腸機能障害　（８）肝臓機能障害（９）その他内臓障害　（10）免疫機能障害 |
| 障害の状況 |  |
| 治療の具体的方針 | （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　　　計 円 訪問看護等　　　　　　　　　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。　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　 医療機関 所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　 名　　称　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　 診療科名　　　　　　　　　　　　　　　 担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |