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 | | | | | | | | |