

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) 腎臓機能障害 (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)		
		手術予定年月日	年 月 日					通算 日間	
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円				
		通院治療費	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		