

自立支援医療(更生医療)意見書

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	年 月 日
受診者住所				
病名		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)その他内臓障害 (10)免疫機能障害			
医療の具体的方針				
治療	治療見込期間	入院治療期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)	日間	} 通算 日間
		通院治療回数並びに期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)	回 日間	
		訪問看護予定回数並びに期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)	回 日間	
		訪問看護等 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)	回 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
医療費及び移送費合計額				円
治療後における 障害軽減の見込				
<p>上記のとおり診断し、別紙明細書のとおりその医療費及び移送費を概算いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p>				