

## 自立支援医療(育成医療) 意見書

フリガナ氏名		男・女	生年月日	年	月	日	
病名	(先天性・後天性)		発病年月日	年	月	日	
機能障害の状況	現存する(又は現在の疾患を放置すると将来起こり得る)障害について、該当する番号に○印をつけて下さい。※1～9のいずれかに該当する方のみが対象となります。						
	1 肢(し)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 その他の内臓障害 10 免疫の機能障害(注1)						
治療	具体的な治療方針(注2)	治療用補装具(有・無) * 「1 肢体不自由」のみ					装具名:
	治療見込期間	入院治療期間 _____ 日間 (A)					} 通算 (A+B) _____ 日間
		通院治療回数及び期間(延べ日数) 月 _____ 回 延べ _____ 日間 (B)					
	治療費用の見込額	入院治療費 _____ 円					} 計 _____ 円
		通院治療費 _____ 円					
		入院予定年月日	手術予定年月日		通院開始予定年月日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
訪問看護の有無等	有・無	訪問看護予定回数及び期間(延べ日数) 週 _____ 回 延べ _____ 日間					
		訪問看護開始予定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
治療により機能障害が回復する見込み	1 見込みあり      2 やや見込みあり      3 見込みなし ※該当する番号に○印を付けてください。						
移送費見込額	円						
上記のとおり診断する。							
診断年月日(注3) _____ 年 _____ 月 _____ 日							
指定自立支援医療機関名 (〒 _____ ) 医療機関コード <input style="width: 50px;" type="text"/>							
診療科及び医師氏名 _____ 科 <span style="float: right;">④</span>							

会計確認欄(注4)	担当者所属	氏名	印
	確認年月日	年 月 日	

- (注) 1 免疫の機能障害の場合、「免疫の機能障害意見書」をこの自立支援医療費(育成医療)意見書に添付して下さい。  
 2 「肢(し)体不自由」に該当する場合は、治療用補装具の有無及び名称を必ず記入して下さい。  
 3 意見書の有効期間は、診断年月日から起算して3箇月以内です。  
 4 会計の確認を必ず受けて下さい。