

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	<p>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○印をつけてください。※1～10のいずれかに該当する方のみが対象となります。</p>					
	<p>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）</p>	<p>左記障害による不自由の状況を具体的にお書きください。</p>				
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)		通院治療回数及び期間（延べ日数）月 _____ 回延べ _____ 日間 (B)		通算 (A+B) _____ 日間
	治療費用の見込額	入院治療費 _____ 円		通院治療費 _____ 円		計 _____ 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		
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	<p>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。</p>					
移送費見込額	円					
<p>上記のとおり診断する。 診断年月日（注3） _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関コード _____ 指定自立支援医療機関名（ _____ ） _____ 及び所在地 _____ 診療科及び医師氏名 _____ 科</p>						

会計確認欄（注4）	担当者所属		氏名	
	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）意見書に添付してください。
- 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ください。
- 3 意見書の有効期間は、診断年月日から起算して3か月以内です。
- 4 会計の確認を必ず受けてください。