様式第２号(第6条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療(育成医療)意見書 | | | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ  受 診 者 氏 名 | |  | | 性別 | | | 男・女 | 年齢 | | | 歳 | | 年　　　月　　　日 | |
| 受 診 者 住 所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 病　　　　 名 | |  | | | | | 発症年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 下記の障害を　( 有している )　・　( 障害を残す恐れがある )。　　　※いずれかに○をつける。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の種類  裏面の別表4を参照し、該当するものに○をつけ、(　―　)のあるものには、該当する項番号を記入する。 | | (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)　その他内臓障害 | | | | | | (9)　免疫機能障害 | | | | | (10)　肝臓機能障害 |
| 医療の具体的方針 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 治療後における障害の回復状況の見込 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 手術予定日　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 入院治療期間 | | | (　　　　 年　 　月 　　日 ～ 　　　 　年 　 　月　 日)  日間 | | | | | | | | | |
| 通院治療回数並びに期間 | | | (　　　 　年　 　月　 　日 ～ 　　　 　年　 　 月　 　日)  回　　　　　　　日間 | | | | | | | | | |
| 訪問看護予定回数並びに期間 | | | (　　　 　年　 　月　　 日 ～ 　　　　 年　　 月　 　日)  回　　　　　　　日間 | | | | | | | | | |
| 通算　　　　　　日間 | | | | | | | | | | | | |
| 医療費概算額 | 入 院 治 療 費　 　　　　　　　　　　円  通 院 治 療 費　　　　　　　　　　　　円  訪 問 看 護 等　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | 計　　　　　　　　　　円 | | | | |
| 移送費見込額 | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 医療費及び移送費  合計額 | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。  　　年　　月　　日  指定自立支援医療機関名  電話番号  担当医師名（自署又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |