

育 成 医 療 意 見 書

フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年 月日	年 月 日
受診者住所					
病 名				発症年月日	年 月 日 (先天性・後天性)
障害の種類 (該当するものに○)	(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) HIVによる免疫機能障害 (10) 肝臓機能障害				
障害の状況	(障害の状況及び程度を具体的に記入してください。)				
医療の具体的方針	(手術の名称等、治療内容を具体的に記入してください。)				
	手術予定日 (年	月	日)	
治 療	治療開始 予 定 日	年 月 日			
	治療見込 期 間	入院治療期間	日間		
		通院治療回数並びに期間	回	日間	通算
		訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	
	医療費 概算額	入院治療費	円		
		通院治療費	円	計	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の回復 状況の見込					
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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>					