

別記第16号様式

自立支援医療（育成医療）意見書							
受診者	フリガナ 氏名		性別	男・女	年齢	歳	平成 年 月 日
	居住地						
病名					発症年月日	平成 年 月 日	
障害の種類	(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		日間	}	通算	日間
		通院治療回数ならびに期間	回	日間			
		訪問看護予定回数ならびに期間	回	日間			
	入院（予定）月日		平成	年	月	日	
通院開始予定月日		平成	年	月	日		
通院の場合		1ヶ月			回		
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							
医療費および移送費合計額							
治療後における障害の回復状況の見込み							
上記のとおり診断し、その医療費およ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							