第28号様式(第20条第2項関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | 性別 | 男・女 | | | 年齢 | | 歳 | 生年月日 | |
| 受診者氏名 |  | | |  | 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  ○をつける） | | （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）肝臓機能障害　　　（９）その他内臓障害　　　（１０）免疫機能障害 | | | | | | | | | | | |
| 不自由の状況  （具体的に） | |  | | | | | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | |  | | | | | | | | | | | |
| 治　　療 | 治療見込期間 | 入　院　治　療　期　間　　　　　　　　　（　　　日間） | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 通院治療回数並びに期間　　　　　　　　　（月　　　　　回程度） | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護予定回数並びに期間　　　　　　　（月　　　　　回程度） | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 手術予定年月日 | 年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　年　　　月　　　日  指定自立支援医療機関名  電話番号　　　　　　　　　－　　　　－  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | |