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 |