

様式第27号(その1)(第20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 日生
受診者住所						
病名		発症年月日		年	月	日
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					
医療の具体的 方針						
治療	治療予定	入院又は治療開始予定日	年	月	日	
		手術予定日	年	月	日	
		退院又は治療終了予定日	年	月	日	
	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算	日間	
		通院治療回数並びに期間	回			日間
		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	} 計	円	
		通院治療費	円			
		訪問看護費等	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 〒 住所  電話番号 担当医師名						