

育 成 医 療 意 見 書						
フリガナ 受診者氏名		性別		年齢	歳	年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日				年 月 日
障害の種類 <small>（該当するものに ○をつける）</small>	(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) 免疫機能障害					
医療の具体的方針						
治 療	治療見込期間	期 間		年 月 日 から		年 月 日 まで
	入院治療期間	入 院 治 療 期 間		日 間		} 通算 日間
通院治療回数並びに期間	通 院 治 療 回 数 並 び に 期 間		回			
訪問看護予定回数並びに期間	訪 問 看 護 予 定 回 数 並 び に 期 間		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						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: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 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-right: 50px; margin-top: 10px;">印</div>						