様式第2号

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	平成 令和　年　月　日
受診者住所						
病　名		発症年月日	平成 令和　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(※1) (7)小腸機能障害(※2)　(8)肝臓機能障害　(9)その他内臓障害　(10)免疫機能障害(※3)					
※1　腎臓機能障害	疾患等により永続的に腎臓機能の著しい低下があり、人工透析療法又はじん移植術を必要とする者。もしくは、現存する疾患を放置すると将来において必要になると認められる者。					
※2　小腸機能障害	小腸切除又は小腸疾患により永続的な小腸機能の著しい低下があり、栄養維持が困難なため、中心静脈栄養法又は経腸栄養法を行う必要がある者。もしくは現存する疾患を放置すると、将来において必要になると認められる者。					
※3　免疫機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を持つ者。					
	※1及び※2以外の腎臓及び小腸の疾患は、(9)その他の内臓障害になります。					
障害の状況及び 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 通算　日間 自　令和　年　月　日　至　令和　年　月　日					
治療　医療費概算額	入院治療費　円 通院治療費　円 訪問看護等　円 計　円					
治療用装具　種目及び形式		費用	円			
治療用装具　必要とする理由						
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。

令和　年　月　日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師名　印