

育成医療意見書

フリガナ 受診児氏名		性別	男・女	年齢	歳	平成 年 月 日
受診児住所						
病 名		(先天性・後天性)		発症年月日	平成 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 その他の内臓障害 10 免疫機能障害		左記障害による不自由の状況を具体的に記入ください		
医療の具体的方針		今回の治療開始予定年月日 平成 年 月 日				
		医療用補装具（有・無）「1 肢体不自由のみ」		補装具名：		
治 療	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。						
平成 年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
診療科						
担当医師名						
印						