様式第20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	年　月　日
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					
不自由の状況						
医療の具体的方針	手術名　（　　）					
治療 治療見込期間	治療期間　治療開始日　年　月　日 治療終了予定　年　月　日 手術予定日　年　月　日 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　※ ※原則として３ヶ月以内を記入してください。					
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					
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