第２号様式（第３条第１号）

自立支援医療（育成医療）意見書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">年齢</td><td rowspan="2">歳</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受診者住所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="2"></td><td>発症年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日
先天性　　・　後天性</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">傷害の種類
（該当するものに○をつける）</td><td colspan="5">⑴肢体不自由　⑵視覚障害　⑶聴覚・平衡機能障害
⑷音声・言語・そしゃく機能障害　⑸心臓機能障害　⑹腎臓機能障害
⑺小腸機能障害　⑻肝臓機能障害　⑼その他内臓障害　⑽免疫機能障害</td></tr>
<tr><td colspan="5">不自由の状況
（現在又は今後予想される身体機能障害について、具体的に記載してください）</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療の具体的方針</td><td colspan="5">治療内容

（補装具　有・無）　（肢体不自由の場合：理学療法　有・無）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療</td><td rowspan="2">治療見込機関</td><td colspan="5">入院治療期間　日間
年　月　日～　年　月　日
通院治療回数並びに期間　月　回　日間
年　月　日～　年　月　日
訪問看護予定回数並びに期間　月　回　日間
年　月　日～　年　月　日
通算　日間</td></tr>
<tr><td colspan="5">手術予定年月日　平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>医療費概算額</td><td colspan="5">入院治療費　円
通院治療費　円
訪問看護等　円
計　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">移送費見込額</td><td colspan="5">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療費及び移送費合計額</td><td colspan="5">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">治療後における障害の回復状況の見込</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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

所在地・電話番号

医療機関コード

科名・担当医師名　㊞