添付書類１

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)その他内臓障害　(8)免疫機能障害 (9)小腸機能障害　(10)肝臓機能障害 |
| 医　療　の具体的方針 |  |
| 治療 | 治療見込期　　間 | 手術予定日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 入院治療期間 | 　　年　月　日から　　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　日間 | 通算　　　　　　回　　　　　　日間 |
| 通院治療回数並びに期間 | 　　年　月　日から　　年　月　日　　　　　　　　　回　　　　　日間 |
| 訪問看護予定回数並びに期間 | 　　年　月　日から　　年　月　日　　　　　　　　　回　　　　　日間 |
| 医 療 費概 算 額 | 入院治療費　　　　　　　　　　円通院治療費　　　　　　　　　　円訪問看護等　　　　　　　　　　円 | 　合計　　　　　　　　　　　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　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

自立支援医療（更生医療）医療費概算額明細書（一般用）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　 |
| 医療施行概要 | 金額 | 内訳 | 備考 |
| 入院 | 通院 |
| 手術 | 円 | 円 | 手術名 | 　 |
| 投薬・注射 | 　 | 　 | 薬品名 | 　 |
| 処置 | 　 | 　 | 処置名 | 　 |
| 検査 | 　 | 　 | 検査名 | 　 |
| 基本及び特掲診療 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ギプス | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| 後療法 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 概算額 | 円 | 円 | 合計円 | 　 |

　　注　治療見込み期間が３か月以内の場合はその期間の医療費概算額及び内訳を，３か月を超える

　　　場合は１か月当たりの医療費概算額及び内訳を記載すること。