第2号様式

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ 氏　名		男 ・ 女	生年月日	年　月　日
病　名	(先天性・後天性)		発病年月日	年　月　日

機能障害の状況

現存する(又は現在の疾患を放置すると将来起こり得る)障害について、該当する番号に○印をつけて下さい。※1～10のいずれかに該当する方のみが対象となります。

1. 肢(し)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. 免疫の機能障害(注1)

左記障害による不自由の状況を具体的にお書きください。

治療

具体的な治療方針(注2)	
治療用補装具(有・無)＊「1肢体不自由」のみ	装具名：
治療見込期間	入院治療期間　＿＿＿日間(A) 通院治療回数及び期間(延べ日数)月＿＿回延べ＿＿＿日間(B) ※診療実日数ではなく通院開始から終了までの日数を記入してください。 通算(A＋B)　＿＿＿日間
治療費用の見込額	入院治療費＿＿＿＿＿＿円 通院治療費＿＿＿＿＿＿円 計＿＿＿＿＿＿円

入院予定年月日	手術予定年月日	通院開始予定年月日
年　月　日	年　月　日	年　月　日

訪問看護の有無等	有・無	訪問看護予定回数及び期間(延べ日数)　週＿＿回延べ＿＿＿日間 訪問看護開始予定年月日　年　月　日
治療により機能障害が回復する見込み	1　見込みあり　2　やや見込みあり　3　見込みなし ※該当する番号に○印を付けてください。	
移送費見込額		

上記のとおり診断する。

診断年月日(注3)　年　月　日

指定自立支援医療機関名及び所在地　(　—　)　医療機関コード

診療科及び医師氏名　科

会計確認欄(注4)	担当者所属		氏名	
	確認年月日	年　月　日		

(注)　1　免疫の機能障害の場合、「免疫の機能障害意見書」をこの自立支援医療費(育成医療)意見書に添付して下さい。
2　「肢(し)体不自由」に該当する場合は、治療用補装具の有無及び名称を必ず記入して下さい。
3　意見書の有効期間は、診断年月日から起算して3か月以内です。
4　会計の確認を必ず受けて下さい。