第24号様式(第13条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書(診断書)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | | 氏名 |  | | 生年月日 | | | 年　 月 　日 | 歳 |
| 住所 |  | | | | | | |
| 病名 | | |  | 発症年月日 | | | 年　　月　　日  (先天性・後天性　　　　歳) | | |
| 障害の種類 | | | (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 | | | | | | |
| 障害の状況 | | |  | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | (治療用補装具　　有・無) | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | | 入院治療期間　　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日(　　日間)  通院治療期間　　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日(　　日間)  　　通院回数(月　　回)  訪問看護期間　　　　　年　月　日　～　　　　年　月　日(　　日間)  　　訪問回数(月　　回)  手術予定年月日　　　　年　月　日 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 医療費概算及び移送費見込合計額 | | | 円 | | | | | | |
| 治療後における障害の回復状況の見込み | | |  | | | | | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。  　　　　　年　　月　　日  医療機関　所在地  名称  電話  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |