

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) | |
| 療 | | 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 | } 計 | 円 |
| | | 通院治療費 | 円 | | |
| | | 訪問看護等 | 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 | | | | | |
| <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関 所在地 名 称 電 話 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | | | |