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　 |