

様式第33号(第32条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書					
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生 年 月 日 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) 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				
医療の具体的方針					
治 療	治療見込期間	入院治療期間 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間	日間 回 日間 回	}	通算 日間
	入院(予定) 年 月 日	年 月 日	手術(予定) 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。  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     指定自立支援医療機関名                      電話番号                      担当医師名                 </div>					