

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○印を付けてください。※1～10のいずれかに該当する方のみが対象となります。                                                       |                                                                               |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    | 1 肢体不自由<br>2 視覚障害<br>3 聴覚・平衡機能障害<br>4 音声・言語・そしゃく機能障害<br>5 心臓機能障害<br>6 腎臓機能障害<br>7 小腸機能障害<br>8 肝臓機能障害<br>9 その他の内臓障害<br>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:                                                   |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    | 入院治療期間                                                                                                                               | ____日間(A) 通算(A+B)                                                             |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    | 治療見込期間                                                                                                                               | 通院治療回数及び期間(延べ日数)月____回延べ____日間(B) ____日間<br>※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。 |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    | 治療費用の見込額                                                                                                                             | 入院治療費 _____円<br>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<br>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<br>※該当する番号に○印を付けてください。                    |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 移送費見込額                                                                                             |                                                                                                                                      | 円                                                                             |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり診断する。<br>診断年月日(注3) 年 月 日                                                                     |                                                                                                                                      |                                                                               |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定自立支援医療機関名 ( )<br>及び所在地                                                                           |                                                                                                                                      |                                                                               |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関コード<br><table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                                                                                      |                                                                               |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                                                               |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療科及び医師氏名 科 印                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                               |                            |   |           |   |  |  |  |  |  |  |  |

|           |       |       |    |  |   |
|-----------|-------|-------|----|--|---|
| 会計確認欄(注4) | 担当者所属 |       | 氏名 |  | 印 |
|           | 確認年月日 | 年 月 日 |    |  |   |

(注)1 免疫の機能障害の場合、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害意見書」をこの自立支援医療(育成医療)意見書に添付してください。

2 「肢体不自由」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ください。

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ください。