

自立支援医療（育成医療）意見書													
フリガナ	シモノセキ ハナコ												
受診者氏名	下関 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	<input type="radio"/> 歳	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日							
受診者住所	下関市 南部町〇番△号												
病名	慢性腎不全		発症年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日									
障害の種類 <small>（該当するものに〇をつける）</small>	(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 <input checked="" type="radio"/> (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)その他内臓障害 (9)肝臓機能障害 (10)免疫機能障害												
具体的な障害の状況	慢性腎不全に対して腹膜透析を実施しており、日常生活に著しい制限を受けている 状態であり、 身体障害者福祉法第4条別表の（五）と同程度の { <input checked="" type="radio"/> 1. 障害を有する 2. 障害を残すおそれがある } *裏面の別表を参照のうえ（ ）に番号をいれ、1または2に〇印をつけてください。												
医療の具体的方針	令和〇〇年〇月〇日に母親をドナーとした生体腎移植を行う予定である。 （治療用補装具の必要性 有・ <input checked="" type="radio"/> 無）*有の場合補装具名（ ）												
治療	治療見込期間	〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 〇日 まで 入院治療期間 〇〇 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 } 通算 〇〇 日間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 }											
	医療費概算額	入院治療費 8,500,000円 通院治療費 円 訪問看護等 円 } 計 8,500,000円											
移送費見込額	〇円												
医療費及び移送費合計額	8,500,000円												
治療後における障害の回復状況の見込	<input type="checkbox"/> 上記治療を行うことにより、上記障害の回復が見込まれる。（該当する場合は、□にレ点をつける） <input checked="" type="checkbox"/> 上記手術を行うことで、経過がよければ腎機能が改善し、透析が不要となる予定。												
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;"> 〇〇年 〇月 〇日 指定自立支援医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> </tr> </table> 指定自立支援医療機関名 〇〇〇〇病院 所在地 〇〇〇〇〇〇 電話番号 〇83-2〇〇-〇〇〇〇 担当医師名 〇〇〇〇 </div>							0	1	2	3	4	5	6
0	1	2	3	4	5	6							

*医療機関の事務担当者の確認を受けてください。（ネームスタンプ印可）

事務担当者印