

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(肝臓機能障害用)					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	M・T・S・H
氏名					(歳)
住所					
障害名	肝臓機能障害 (種 級)				
現症	原傷病名		原因疾患の発生時期		年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。				
医療の方針	医療の具体的方針				
	医療による回復程度見込(除去・軽減される障害の程度)				
	更生医療開始予定年月日	平成	年	月	日 (新規・医療内容変更・期間延長)
更生医療の具体的方針及び概算額					
内 容					金 額
手術名					
投薬注射名					
処置名					
検査名					
基本診療					
入院(通院)期間					
その他					
合計					

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見 (年 月 日)			
GOT(AST)	IU/L	血小板	/mm ³
GPT(ALP)	IU/L	血清アルブミン値	g/dl
γ-GTP	IU/L	プロトロンビン時間	秒・%
ALP	IU/L	血清総ビリルビン値	mg/dl
LDH	IU/L		
(合併症及びその他の所見)			
(備考)			
上記のとおり診断する。			
平成 年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			印

- ※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。
- ※ 該当箇所を○で囲むこと。
- ※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。
- ※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。
- ※ 更生医療(肝臓機能障害)の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。