

自立支援医療〔更生医療〕意見書（肝臓）

受付番号 内			受付日 平成 年 月 日		
フリガナ		男・女	身 体 障 害 者 手 帳	有	申請中
氏名				障害等級	種
明・大・昭・平	年 月 日生	交付日		年	月 日
居住地		手帳番号		県第	号
				障害名	
による肝臓機能障害					
1 自立支援医療〔更生医療〕（ 新規 ・ 継続 ）					
2 原因疾患名 _____ 発症時期 昭・平 年 月 日					
3 治療の経過及び現症					
(1) 肝臓移植（ 生体肝移植・脳死肝移植 ） 手術年月日 昭・平 年 月 日					
(2) 免疫抑制療法（ 有 ・ 無 ） 開始年月日 昭・平 年 月 日					
4 検査（検査日 年 月 日） ※申請時直近のデータを記入、検査不能の場合はその旨を記入。					
血清アルブミン	g/dl	プロトロンビン時間	%	肝性脳症	有 ・ 無
血清総ビリルビン	mg/dl	血中アンモニア	μ g/dl	腹水	有 ・ 無
5 臨床症状及び所見					
ア 有痛性筋けいれん	有 ・ 無	エ 食道静脈瘤	有 ・ 無		
イ 嘔気 ・ 嘔吐	有 ・ 無	オ 肝臓癌	有 ・ 無		
ウ 倦怠感・易疲労感	有 ・ 無	カ 合併症 有（ ）	無		
キ その他特記事項					
6 医療の具体的方針					
ア 肝臓移植（ 生体肝移植 ・ 脳死肝移植 ）					
イ 移植後の免疫抑制療法					

7 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 (入院 月 日～ 月 日) (手術 月 日) (通院 月 日～ 月 日)																			
8 概算額																			
治療期間中の総額 を記入すること	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">手術</td><td style="width: 50%; text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>投薬注射</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>処置</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>検査</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>基本診療</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>入院</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>通院</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>その他</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> <tr><td>計</td><td style="text-align: right;">円</td></tr> </table>	手術	円	投薬注射	円	処置	円	検査	円	基本診療	円	入院	円	通院	円	その他	円	計	円
手術	円																		
投薬注射	円																		
処置	円																		
検査	円																		
基本診療	円																		
入院	円																		
通院	円																		
その他	円																		
計	円																		
上記のとおり意見します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: center;"> 医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 印 </div> <small>障害者総合支援法第 59 条による指定自立支援医療機関指定申請書に記載された「主として担当する医師」が記入して下さい(連名可)。</small>																			

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定	自立支援医療〔更生医療〕 適 ・ 否	
	否の理由	
平成 年 月 日 三重県障害者相談支援センター 医師氏名 印		