

(様式第2号の5)

自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障害用)

申請の区分	☐ 1 新規 ☐ 2 再認定 ☐ 3 変更		
氏名	男・女	生年 月日	年 月 日生
住所			
原傷病名			
治療経過及び障害の現症	【数値等を用い、具体的に記入すること。】 ☐ 1 肝臓移植 (年 月 日 実施) ☐ 生体肝移植 ☐ 献肝移植) ☐ 2 その他		
既手術年月日	年 月 日 (手術名)		
	年 月 日 (手術名)		
医療の具体的方針	☐ 1 肝臓移植 (☐ 生体肝移植 ☐ 献肝移植) ☐ 2 免疫抑制療法及び移植肝機能検査 ☐ 3 その他		
治療の形態	☐ 1 入院 ☐ 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで 〔 入院の主たる治療目的 〕 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額（円）	項 目	内 容		1か月目	2か月目	3か月目(以降)	合計
	入 院（再 診）料			円	円	円	円
	手 術 料			円	円	円	円
	投 薬	内服薬	剤	円	円	円	円
			日分				
	院 外 □ 1 有 処 方 □ 2 無		回	円	円	円	円
			回	円	円	円	円
	注 射	回		円	円	円	円
	処 置	内容		円	円	円	円
	検 査	内容		円	円	円	円
	画 像 診 断	内容		円	円	円	円
	医 学 管 理	内容		円	円	円	円
	そ の 他	内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
		内容		円	円	円	円
合 計			0 円	0 円	円	円	
※1 免疫抑制療法で治療予定期間が1年間の場合は、3か月目欄に3ヶ月目以降の分を合算し記入してください。							
※2 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）							
※3 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。							

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号 ()

診 療 科

主として担当する医師名(指定医師)

印

(氏名を自署する場合は、押印不要とする。)

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印 (氏名を自署する場合は、押印不要とする。)
審 査 年 月 日	年 月 日