

<様式 更2>

自立支援医療（更生医療）意見書 { 肝臓機能障害 }

フリガナ	
氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所	
原傷病名	
現症 及び 検査値	嘔気・嘔吐 (有・無) 倦怠感・易疲労感 (有・無) 有痛性筋けいれん (有・無) 食動静脈瘤 (有・無)
	検査日 ( 年 月 日 ) *直近のデータを記入 ・血清アルブミン ( g/dl ) ・血清総ビリルビン ( mg/dl ) ・プロトロンビン時間 ( % ) ・血中アンモニア ( ug/dl ) ・肝性脳症 (有・無) ・腹水 (有・無)
更生医療の 具体的方針	入院予定日 (令和 年 月 日) 手術予定日 (令和 年 月 日) 更生医療適用開始予定日 (令和 年 月 日)
治療効果の 見込み	
治療見込み 期間	入院 ヶ月 通院 ヶ月
医療費概算額 (食費を除く)	

上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します 令和 年 月 日

指定医療機関名及び所在地

医師氏名 (意見書作成)

科名	医師氏名 (指定医療機関届出)
----	-----------------