

(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	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 再認定 <input type="checkbox"/> 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。】 <input type="checkbox"/> 1 肝臓移植 (年 月 日 実施) (<input type="checkbox"/> 生体肝移植 <input type="checkbox"/> 献肝移植) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 肝臓移植 (<input type="checkbox"/> 生体肝移植 <input type="checkbox"/> 献肝移植) <input type="checkbox"/> 2 免疫抑制療法及び移植肝機能検査 <input type="checkbox"/> 3 その他		
治療の形態	<input type="checkbox"/> 1 入院 <input type="checkbox"/> 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 院外処方 <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	内服薬	剤				
			日分	円	円	円	円
			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

※ 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
審査年月日	年 月 日