

<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) *直近のデーターを記入 ・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）