

<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<br>及び<br>検査値   | 嘔気・嘔吐 (有・無) 倦怠感・易疲労感 (有・無)<br>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<br>・血清アルブミン ( g/dl ) ・血清総ビリルビン ( mg/dl )<br>・プロトロンビン時間 ( % ) ・血中アンモニア ( ug/dl )<br>・肝性脳症 (有・無) ・腹水 (有・無) |
| 更生医療の<br>具体的方針    | 入院予定日 (令和 年 月 日)<br>手術予定日 (令和 年 月 日)<br>更生医療適用開始予定日 (令和 年 月 日)  |
| 治療効果の<br>見込み      |   |
| 治療見込み<br>期間       | 入院 ヶ月 通院 ヶ月   |
| 医療費概算額<br>(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)