

自立支援医療(更生医療)内容意見書(肝臓疾患用)

申請の区分: 新規・継続(期間延長)・内容変更()

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 才
------------	-----------	---------------	---------

住 所:	術前等級・現等級	電話:
------	----------	-----

障がい名:肝臓機能障害 級(有・申請中)	原傷病名:	最も可能性の高い原傷病名を記入する。
----------------------	-------	--------------------

現病歴および治療経過・現症

・治療が必要となった経過、症状、現在の障害状況など記入する。

医療の 具体的方針	肝移植術(生体肝・脳死肝) 免疫抑制療法 ステロイド療法
--------------	---------------------------------

医療効果見込	○で囲む
手術予定日	年 月 日

*治療後における障がいの回復状況の見込みを記入する。
(例)障がい軽減・身体機能の代償、改善・ADLの維持、改善など。

医療予定期間	入院: 年 月 日 ~ 年 月 日
	通院: 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

検査結果	検査日	年 月 日	
	腹水	有 無	血清総ビリルビン値
	肝性脳症	有 無	血中アンモニア濃度
	GOT	IU/I	血小板数
	GPT	IU/I	血清アルブミン値
	γ-GTP	IU/I	プロトロンビン値
	ALP	U/L	ICGR15
	LDH	U/L	%

*申請時直近の数値を記入、手術の場合は手術を決定した時点の数値を記入する。
・いずれの場合も全項目記入し、検査不能の場合はその旨を記入する。

医療費概算額	区分	全額(円)	備考	区分	全額(円)	備考
	手術		*医療予定期間内の概算額を記入 ・更生医療と並行して行う合併症などの治療に係る医療費については給付の対象とならないので、概算額には含めないこと。 ・入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は概算額に記入しないこと。 ・その他を記入する時は、詳細も記入する。			
	投薬・注射					
	処置					
	検査					
	合計	円				

年 月 日

手術予定日以前の日付を記入する。

指定自立支援医療機関
の名称・所在地
主として担当する医師

障害者総合支援法第59条第1項の規定による医療機関、主として担当する医師は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師が作成者であること。

科

*下欄は福井県障がい福祉・精神保健相談所の審査医師が記入します。

審査欄

上記自立支援医療(更生医療)は、(適 当 ・ 不 適 当)と判定します。

年 月 日

福井県障がい福祉・精神保健相談所 審査医師