

(更様式4)

### 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 歳
住 所：				電話：		
障がい名：肝臓機能障害		級（有・申請中）	原傷病名：			
現病歴および治療経過・現症						
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						術後等級見込 級
手術予定日	年 月 日					
医療予定期間	入院：	年	月	日	～	年 月 日
	通院：	年	月	日	～	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	mg/dl	
	肝性脳症	有	無	血中アンモニア濃度	μg/dl	
	GOT	IU/I		血小板数	/mm <sup>3</sup>	
	GPT	IU/I		血清アルブミン値	g/dl	
	γ - GTP	IU/I		プロトロンビン値	%	
	ALP	U/L		ICGR15	%	
	LDH	U/L				
医療費概算額	区分	金額（円）	備考	区分	金額（円）	備考
	手術			基本診療		
	投薬・注射			入院		
	処置					
	検査					
	合計		円			
年 月 日						
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 科						

\* 下欄は総合福祉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
	福井県総合福祉相談所 審査医師