

<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 | 男・女 |
| 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 (年 月 日) 手術予定日 (年 月 日) 更生医療適用開始予定日 (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 平成 年 月 日

指定医療機関名

医師氏名 (意見書作成)

科名

医師氏名 (指定医療機関届出)