

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 大正・昭和・平成 年 月 日 | | | 年齢 才 |
| 住 所： | | | | 電話： | | |
| 障害名：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 | 平成 年 月 日 | | | | | |
| 医療予定期間 | 入院：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 | | | | | |
| | 通院：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 | | | | | |
| 検査結果 | 検査日 | 平成 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 ³ | |
| | 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 | | | |
| 平成 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 印 | | | | | | |

* 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 ）と認定します。 | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | |
| | 福井県総合福祉相談所 審査医師 | | | | | 印 |