

(更様式4)

# 自立支援医療（更生医療）内容意見書（肝臓疾患用）

記載方法

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	
住所：		電話：	○で囲む。 内容変更の場合は、何の内容変更か記入する。
術前等級・現等級		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		最も可能性の高い原傷病名を記入する。	
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。		○で囲む	
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	治療後における障がいの回復状況の見込みを記入する。		
手術予定日	年 月 日 （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 通院： 年 月 日 給付期間は、入院・通院合わせて1年まで。		
検査結果	検査日	年 月 日	
	腹水	有	無
	肝性脳症	有	無
	GOT	IU/I	
	GPT	IU/I	
	γ-GTP	IU/I	
	ALP	U/L	
	LDH	U/L	
血清総ビリルビン値		mg/dl	
血中ア		・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。	
血小板		・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。	
血清ア			
プロト			
ICGR15			
医療費概算額	区分	金額（円）	備考
	手術		・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。
	投薬・注射		
	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	
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。			
* 下欄は障がい福祉・精神保健相談所の審査医師が記入する。 (手帳診断書作成が可能な医師とは違うので要注意)			
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 印		