**自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **肝** |  |  | 新規 | 変更　　 |
| 氏　　 名 |  | 男女 | 生年月日 | 大・昭平 | 年　　月　　日(　 歳) |
| 住　　 所 |  |
| 原因疾患名 |  |
| 現 病 歴 |
| 医療の具体的方針※１（手術日 　　　　年　　月　　日） |
| 治療効果※２ |
| 治療予定期間 |  年 月 　日～ 年　 月　 日 |  | 入院 |  か月間 | 通院 | か月間 |
| 検　査　成　績 | 　　年　月　日現在　最近の検査データ | GOT(AST) | IU/L | 血小板 | 　　　　　 /ｍｍ３ |
| GPT(ALP) | IU/L | 血清ｱﾙﾌﾞﾐﾝ値 | g/dl |
| γ－GTP | IU/L | ﾌﾟﾛﾄﾛﾝﾋﾞﾝ時間 | 秒･% |
| ALP | IU/L | 血清総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ値 | mg/dl |
| LDH | IU/L |  |  |
| 　　　　　　　　　医　療　費　概　算　額　(食事療養費を除く) |
| 区　　分 | 費　　用 | 区　　分 | 費　　用 |
| 手 　術 | 　　　　　　　　　　 円 | 基本診療 | 　　　　　　　　　 　円 |
| 注射　投薬 | 　　　　　　　　　　 円 | 入院期間(　　か月) | 　　　　　　　　　 　円 |
| 処　　置 | 　　　　　　　　　 　円 |  |  |
| 検 　査 | 　　　　　　　　　　 円 |  |  |
| 医療費概算合計額　　 　 　　　　　　　　円 |
| 上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 |
| 令和　　年　　月　　日 | 指定自立支援医療機関名 |
| 医　師　氏　名 |  |
| ※１　医療の具体的方針の欄には「手術名」「手術日」「治療の内容」。また、入院期間のある場合には「入院の必要な理由」などを記入して下さい。※２　治療効果の欄には「障害の軽減状況」「身体機能の改善状況」などを記入して下さい。 |
| 〈富山県身体障害者更生相談所記入欄〉 |
| 更生医療の支給は　適当・不適当　と審査する。 |
| 令和　　年　　月　　日 | 医　師　氏　名 |  |