**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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |