

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	最近の検査データ 年 月 日現在	GOT(AST) IU/L		血小板 /mm ³			
		GPT(ALP) IU/L		血清アルブミン値 g/dl			
		γ-GTP IU/L		プロトロンビン時間 秒・%			
		ALP IU/L		血清総ビリルビン値 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。 指定自立支援医療機関名 令和 年 月 日 医 師 氏 名 (印)							

※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 (印)			