

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	ヶ月間	通院 ヶ月間
検査成績 <small>最近の検査データ</small>	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(ヶ月)	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)