

(様式第2号の4)

自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規	2 再認定	3 変更	
氏名		生年月日	年 月 日生	
住所				
原傷病名				
治療経過	年 月 日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容		
	肝臓移植	年 月 日実施 < 生体肝移植 献体肝移植 >		
	免疫抑制療法	年 月 日開始		
現 症	※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。			
	肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ	
	腹 水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度以上 (概ね ㍉)	
	肝機能	血清アルブミン値 (g/dℓ)	プロトロンビン時間 (%)	血清総ビリルビン値 (mg/dℓ)
		血中アンモニア濃度 (μg/dℓ)	血 小 板 数 (/mm ³)	
		※肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム(1981年)による。		
		※腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1㍉以上を軽度、3㍉以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。		
臨床症状				
障害の変動に関する因子	180日以上アルコールを摂取していない	< ○ ・ × >		
	改善の可能性のある積極的治療を実施	< ○ ・ × >		
医療の具体的方針	1 肝臓移植術 < 生体肝移植 献体肝移植 > 2 免疫抑制療法及び移植肝機能検査 3 その他			
	【治療内容・方針等を具体的に記入すること】			
	入院治療を要する場合の理由	【入院の主病名、症状等】		
治療の形態	1 入院	2 通院 (週 回または月 回)	手術予定日 年 月 日	
治療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで (日間)			
治療効果見込み				

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1 年間の場合は1か月 分を記入）	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	その他				
	合 計				
※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。（食事療養の費用を除く。） 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例に よって行うこと。 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。					

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ()

担当医師名 印

* 担当医師名は、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であること。

（注）この意見書は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 一部対象外 3 不 適 当 4 再 審 査
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続 該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日

再 審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続 該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日