

自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障害)										
1	(1)	氏名	男・女	年 月 日生			歳			
	(2)	住所	〒							
2	身体障害者手帳障害名		交付年月日	年 月 日		肝臓機能障害		級	種 級	
3	区分(該当する□に印)		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input type="checkbox"/> 内容変更							
4	(1)	原傷病名								
	(2)	現 症		・臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)等を遵守している旨を記入すること。						
5	検査値	検査日		年 月 日						
		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						
		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						
6	(1)	更生医療の具体的方針(該当する□に印)		<input type="checkbox"/> 肝臓移植術						
				<input type="checkbox"/> 肝臓移植後の抗免疫療法						
		肝臓移植日		年 月 日		医療機関				
	抗免疫療法開始日		年 月 日							
(2)	意見書作成時の治療形態		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院							
7	更生医療の予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
	医療費概算額		入院治療費		円		計		円	
		肝臓移植術の有効期間は原則3ヶ月以内、抗免疫療法は原則12ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。								
8	治療後の障害の回復状況見込									
上記のとおり診断します。			山梨県障害者相談所長 殿		年 月 日					
		指定自立支援医療機関名(更生医療)								
		所在地								
		主として担当(代表)する医師名							印	

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。