

自立支援医療(更生医療)要否意見書 肝臓機能障害用

1 新規 2 変更 3 再認定

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
障 害 名			身障手帳 級
原因疾患		肝 臓 癌	有・無

医療の具体的方針

1 新規申請

- (1) 現在, 保存的療法中であるが, 肝臓移植(術後の抗免疫療法を含む)を予定。
- (2) 既に肝臓移植後の抗免疫療法中であるが, 今回, 更生医療を新規申請。

2 医療内容の変更

- (1) 通院 ⇒入院
 - (2) 入院 ⇒通院
 - (3) その他 ()
- 開始日・入退院日 [年 月 日]

3 再認定申請

治療方針

- 肝臓移植 手術日 [年 月 日]
- 抗免疫療法 (中・予定・中止) 開始日 [年 月 日]

検査数値

検査項目(単位)	検査日	手術前		最新日	
		月	日	月	日
血清総ビリルビン値 (異常値 有・無) mg/dl					
血清アルブミン値 (異常値 有・無) g/dl					
血中アンモニア濃度 (異常値 有・無) μg/dl					
プロトロンビン時間 (異常値 有・無) %					
HBs 抗原 (異常値 有・無)					
HCV 抗体 (異常値 有・無)					
GOT (異常値 有・無) Iu/dl					
GPT (異常値 有・無) Iu/dl					
白血球 (異常値 有・無) /mm ³					
赤血球 (異常値 有・無) /mm ³					
Hb (異常値 有・無) g/dl					
Ht (異常値 有・無) %					
血小板 (異常値 有・無) /mm ³					

※ 異常値 有・無についても, ○を記載してください。

肝不全に基づく徴候	
1 筋肉量低下 (有・無)	2 肝性脳症 (有・無)
3 けいれん (有・無)	4 浮腫 (有・無)
5 腹水 (有・無)	6 出血傾向 (有・無)
7 全身倦怠感 (有・無)	
8 その他参考となる症状 ()	
日常生活の制限による分類	
1 肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの	
2 肝臓の機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの	
3 肝臓の機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの (社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く。)	
4 肝臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	
肝臓機能障害発症日	昭和・平成・令和 年 月 日
治療経過概要 (通院から入院に変更の場合は、入院に至った理由を明記してください。)	
その他参考となる既往症・合併症	

記載上の留意事項

- 1 自立支援医療（更生医療）要否審査の資料となりますので、できる限り詳細に記入してください。
 - 2 該当項目に○印、数字等を記入してください。
 - 3 医療費は、新規申請の場合は見込額を、再認定申請の場合は、意見書作成の1か月前の概算額を参考に記入してください。
 - 4 新規申請の場合は、手術前及び最新日のデータを記入してください。
- ※ 指定自立支援医療機関は、自立支援医療（更生医療）意見書等の作成について、「新規申請」を除いては無償で交付するよう定められています。
- (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条平成18年厚生労働省告示第65号)

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表 肝臓機能障害用

氏 名						年 齢	歳	
手 術 名								
診療見込期間		入院	自 月 日 至 月 日	入院外			自 月 日 至 月 日	
内 訳		第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	合 計
		月分	月分	月分	月分	月分	月分	
手術料								
	輸血・麻酔							
	薬剤・材料等							
検査	X-P							
	血液検査等							
投薬	院外処方(有・無)							
	薬品料							
	薬品名:							
注射	注射料							
	注射名:							
基本診療(初診・再診料)								
入院料								
その他:								
合 計								円

上記のとおり診断しました。 _____ 年 月 日

指定自立支援医療機関(更生医療)所在地
名 称

指定医師氏名 _____