

自立支援医療(更生医療)意見書

(肝 臓 機 能 障 害 用)

氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所					
職 業	現 ・ 元		保険	有・無 保険	
原傷病名					
現 症	臨床症状(かっこ内の該当するものを○で囲んでください。)				
	1 肝性脳症 (なし ・ 軽度 ・ 昏睡)				
	2 疲労感 (なし ・ 強い倦怠感 ・ 易疲労感)				
	3 腹水 (なし ・ 軽度 ・ 中程度以上)				
	4 痙攣 (なし ・ あり)				
	5 黄疸 (なし ・ 眼球 ・ 皮膚 ・ 便 ・ 尿)				
	6 出血 (なし ・ 内出血 ・ 吐血 ・ 下血)				
7 嘔気・嘔吐 (なし ・ あり)					
検査成績					
血清アルブミン値 g/dl GOT(AST) U/ℓ					
血清総ビリルビン値 mg/dl GPT(ALT) U/ℓ					
PT(プロトロンビン)時間 % 血小板 $\times 10^3/\text{mm}$					
血中アンモニア濃度 $\mu\text{g/dl}$ HBs抗原 IU/ml					
血清クレアチニン値 mg/dl HCV抗体 S/CO					
自立支援医療の要否		必 要 ・ 不 要			
医療の具体的方針					
医療開始予定		年 月 日	指定医療機関		
入 院 日 数		日	通院日数	月 日 (週 回)	
医療費概算額		入院(総額) 円	外来(月額)	円	
治療効果見込み		※ ここへ効果見込みを具体的に記入願います。			
術前の等級	術後の等級				
級	級				
意見書作成年月日 年 月 日					
医療機関名					
医師氏名 印					