

自立支援医療（更生医療）意見書及び診断書（肝臓機能障害）

肝		新規	変更	免疫
氏名		生年月日	年 月 日生	
住所				
原因疾患名				
現病歴				
医療の具体的方針※1				
	（手術日 令和 年 月 日）			
治療効果※2				
治療予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	入院	ヶ月間	通院 ヶ月間
検査成績 <small>（最近の検査値）</small> 年 月 日 現在	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 <small>（食事療養費除く）</small>				
手術	円	検査	円	
注射・投薬	円	基本診療	円	
処置	円	入院期間（ヶ月）	円	
医療費概算合計額				円
上記のとおり診断し、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				
主として担当する医師名				

※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。