様式8

更生医療意見書(肝臓機能障害用)

氏　　名	男・女	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住　　所		判定区分	新規・期間延長・内容変更
障害名	（原因となった疾患名）による肝臓機能障害	等級	級

検査値	検査項目	検査値
	血清アルブミン値	g/dl
	プロトロンビン時間	%
	(PT－INR)	
	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
	血清クレアチニン値	mg/dl

治療経過の概要	

医療の具体的方針（医療の内容） 該当箇所の□にチェックしてください。	□肝臓移植術　手術予定日　令和　年　月　日 □抗免疫療法　開始予定日　令和　年　月　日 □タクロリムス　□その他（　　） □シクロポリン □ミコフェノール酸モフェチル □アザチオプリン □プレドニゾロン 肝移植術実施年月日　令和　年　月　日 ※入院の場合の入院理由（　　）

医療費概算額（上記治療を始めてから1ヶ月間の額:1ヶ月未満の場合はその期間）	医療費概算額(円)	
	手　術	
	投薬注射	
	処　置	
	検　査	
	入　院	
	その他	
	合　計	

【治療期間】
・入院予定期間
令和　年　月　日から
ヶ月間

・通院予定期間
令和　年　月　日から
ヶ月間

上記のとおり診断します。

令和　年　月　日

指定自立支援医療機関所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

主として担当する医師の科名、医師名 ＿＿＿＿科 ＿＿＿＿印

※ 医療費概算額は、更生医療適用分のみを記載してください。

※ 指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対して支給決定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）

（注） 身体障害者手帳取得前、自立支援医療申請前の医療については自立支援医療の対象となりません。必ず事前に自立支援医療費支給認定申請を行うよう対象者・家族に指導していただくようお願いします。