

## 自立支援医療（更生医療）要否意見書

（肝臓機能障害用）

氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生	歳
住所						
職業	現・元	保険	有・無	保険		
原傷病名						
現症	臨床症状(カッコ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 )					
	(※ 裏面参照)					
	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	× 10 <sup>4</sup> / <sup>3</sup> /mm		
	血中アンモニア濃度	μg/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	平成	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			平成 年 月 日			
			医療機関名			
			医師氏名			
			印			