

自 立 支 援 医 療 （ 更 生 医 療 ） 意 見 書

(肝臓機能障害用)

氏 名			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	住 所	
原傷病名					
現 病 歴					
現 症 〔 検 査 等 を 含 む 〕					
その他（参考となる合併症状等）					
医療の具体的方針	肝臓移植 有 年 月 日 ・ 無 年 月 日 予定 肝臓移植後の抗免疫療法				
医 療 の 期 間	入 院 通 院	日間 日間	令和 令和	年 月 日 年 月 日	～ 令和 ～ 令和 年 月 日
回 復 の 見 込 み					術前 級
					術後 級相当
医 療 費 概 算 額	円		医療開始の予定年月日		令和 年 月 日
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関の名称（電話番号） 更生医療担当医師名					