様式２－３

自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書

肝		新規	継続	変更

氏　　名		生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日(　　歳)
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～　　年　月　日	入院　　ヶ月間	通院　　ヶ月間

検査成績 最近の検査データ　年　月　日現在			
GOT(AST)	IU/L	血小板	/mm^3
GPT(ALT)	IU/L	血清ｱﾙﾌﾞﾐﾝ値	g/dl
γ－GTP	IU/L	ﾌﾟﾛﾄﾛﾝﾋﾞﾝ時間	秒・%
ALP	IU/L	血清総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ値	mg/dl
LDH	IU/L		

医　療　費　概　算　額（食事療養費を除く）

区　分	費　用	区　分	費　用
手　術	円	基本診療	円
注射　投薬	円	入院期間(　　ヶ月)	円
処　置	円		
検　査	円		

医療費概算合計額　　円

上記のとおり診断し、その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

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。

〈富山県障害者相談センター記入欄〉

更生医療は、　要　・　不要　と判定する。

令和　　年　　月　　日　　医　師　名　　㊞