

(様式例)

| 自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障害) | | | | |
|---|---|------------------|----------------|-------------|
| フリガナ 氏名 | | 男 女 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日生 (歳) |
| 住所 | 京都府 | | | |
| 原傷病名 | | | 肝臓移植日 | 年 月 日 |
| 現症 及び 障害状況 | | | | |
| 医療の具体的 方針及び内容 | 1. 肝臓移植術 手術予定日 令和 年 月 日 2. 肝臓移植術後抗免疫療法 | | | |
| 治療効果見込み | | | | |
| 医療期間 | 入院 | 月間 日間 | 通院 | 月間 日間 |
| 医療開始予定日 | 令和 年 月 日 | 医療費概算額 (内訳別紙) | | 円 |
| 上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 指定自立支援 医療機関名 所在地・電話番号 担当医師名 印 | | | | |
| 京都府家庭支援総合センター記入欄 | | | | |
| 自立支援医療(更生医療)適用 可・否 | | | | |
| 令和 年 月 日 審査医 印 | | | | |