

自立支援医療（更生医療）意見書

(肝臓機能障害用)

氏名	男・女	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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 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
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関の名称（電話番号）</p> <p>更生医療担当医師名 <span style="float: right;">⑩</span></p>			