様式例　自２－６

|  |
| --- |
| 肝・移植 |

**自立支援医療要否意見書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 大正・昭和・平成  　　　　　　年　　月　　日 |
| 診察日 | 令和　　年　　月　　日 | | 肝移植術施行日 | 平成・令和　　年　　月　　日  （生体・死体） |
| 病歴  及び現症 |  | | | |
| 検査成績 | 肝性脳症（なし・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）　　　　　　　腹水（　　　　　ℓ）  血清アルブミン値（　　　　　　 g/㎗） 　プロトロンビン時間（　　　％）  血清ビリルビン値（　　　　　　 mg/㎗） | | | |
| 医療の  具体的方針 |  | | | |
| 医療施行概要 | 金　　額（円） | 内　　　　　　　　　　　　訳（概略） | | |
| 手術 |  |  | | |
| 投薬・注射 |  | 製剤名を記載してください | | |
| 処置 |  |  | | |
| 検査 |  |  | | |
| 基本及び特掲診療（外来） |  |  | | |
| 基本及び特掲診療（入院） |  | ①入院(予定)年月日　令和　　年　　月　　日  ②申請期間　令和　　年　　月　　日から　　　　　日・　　か月） | | |
| 処方箋料等 |  |  | | |
| 合計金額 | 円 |  | | |
| 備考 |  |  | | |

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

**障害者総合支援法第５４条の２項に規定する**

**指定自立支援医療機関の所在地及び名称**

**自立支援医療を主として担当する医師の氏名** ㊞

注１　医療の具体的方針欄は､手術(療法)の目的(軽減･除去する障害)と具体的内容を記載してください。

２　外来の場合は､１か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳(概略)を記載してください。

また､１か月未満の場合は､その期間の概算額及び内訳を記載してください。

３　入院の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。

　４　手術の場合は､手術の内訳(概要)欄に診療報酬点数表区分(コード)を併せて記載してください。

また､自己血貯血による手術の場合は、本人体重及び採血日とその日の採血量を記載してください。

千葉県中　央東葛飾障害者相談センター