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/dℓ）　プロトロンビン時間（　%） 血清ビリルビン値（　mg/dℓ）		
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。

千葉県中央東葛飯障害者相談センター