

## 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

⑩

- 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。