自立支援医療(更生医療)内容意見書 (肝臓疾患用)

申請の区分 : 新規 ・ 継続(期間延長) ・ 内容変更()												
フリガナ				性別	生年月日		_			年齢		
氏名				男・女			年	月			歳	
住 所:							電話:					
障がい名 : 肝臓機能障害 級(有・申請中) 原傷病名 :												
現病歴および治療経過・現症												
医療の 肝移植術(生体肝・脳死肝)												
具体的方針		抑制療法	スラ	テロイド療法	去			\T-\4\ \	~ 47 C \	1	4 Π	
医療効果見 手術予定日	7		<u> </u>					∥伽俊₹	手級見 込	<u>\</u>	級	
	入队			万 		~		年				
医療予定期間	通	完:		年 月		~		年	月	В		
検査E		有		月 日		»	» - <i>I</i> —					
	腹水		無無		血清絲		mg/dl					
検 GOT	肝性脳症 GOT					血中アンモニア濃度 血小板数			$\mu m g/d1$ $/ m mm^3$			
検 GOT	·						、 ブミン値			g/dl		
果 γ ·	GTP		IU/I			プロトロンビン値				%		
ALP	ALP		U/L		ICGR1	ICGR15			%			
	LDH		U/L	144		- / >	· ^ +-	(T)				
ナル	:分	金額(円)	備考		<u>公</u>	金額((円)		備考		
医 手術 療 投薬・	<u></u> 注射				基本診入院	療						
医	7743				7 (9)							
算 検査												
	合計		<u> </u>	 円			<u> </u>	<u> </u>				
	 年	月	\Box									
指定自立支援医療機関 の名称・所在地												
				川正地 ⊒当する医館	币	科						

*下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審.	上記自立支持	爰医療	(更生图	医療)は、	(適 当	•	不 適 当)と判定します。
査欄		年	月	\Box			
	福井県総	訓訓	審査医師				

審 查

欄

記載方法 (更様式4) 自立支援医療(更生医療)内容意見書 (肝臓疾患用)

申請	青の区分 :	新規	• i	継続(期間	延長)	• 内容	宮変更 ()				
	ノガナ				:別	生年月日					年齢			
B	名				男・女			年	月	\Box	才			
住 所: 衛前等級・現等級 電話:											1			
												z		
P P P P P P P P P P														
現病歴および治療経過・現症														
	・治療が必要となった経過、症状、現在の障害状況など記入する。													
	10次/2 と文でのフルルス かいにマンドナログ(ハロ)へき O。													
	「佐藤の」「田移植様(生体田・宮藤田)													
	医療の													
	キロソフゴ 京効果見込	光授抑巾	刊原			☆ 台療後におり	ナる障か	いの回復	状況の	見込みを記	込する。			
	5000000000000000000000000000000000000		年	月							上の維持、こ)ときなど。		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	入院:		年	— - - -		~		年	月	В			
		通院:		年	月		~	平成	年	月	В			
	検査日		年 	_	E		:///\			・申請時	直近の数値	を記入、		
	腹水 肝性脳	∴	有 有	無無				ルビン値 ニア濃度		手術の場 た時点の	場合は手術を)数値を記入	と決定ししまる。		
検	カナリ主 H区 GOT	JAIF	泪	m IU/I			ルクモ 板数	一 ど 辰 反	•	た時点の数値を記入 ・いずれの場合も会 入し、検査不能の場 の旨を記入する。	項目記			
検査結果	GPT			IU/I			·ルダ アルブ	ミン値						
果	γ - G7	.̈P		IU/I			トロン			%)			
	ALP			U/L	ICGF	R15			%					
	LDH	·		U/L						 				
	区分	·	全好 <i>(</i> 〔 米 医梅	コ) 予定期間	はの概算	タック	区分	全家	夏(四)		備老			
医唇	手術	白士					どの治療	寮に係る医	医療費に	ついては約	給付の対象と	こならない		
費	・更生医療と並行して行う合併症などの治療に係る医療費については給付の対象とならない 投薬・注射 ので、概算額には含めないこと。													
医療費概算額	処置					生医療以外 、詳細も記			入院基準	本料は概算	額に記入し	ないこと。		
額	検査		• (0)	リほるのへら	A SIIAIQ		1人 3 る。							
		合計 [「]												
	年	月	ŀ	3		障害者	総合支援	爰法第 59	条第 1	項の規定に	による医療	幾関、主		
おような									-					
手術予定日以前の の名称・所在地 主として担当すると承認された医師が作成者である 主として担当する医師 科								以首でめるこ						
												J		

*下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

上記自立支援医療(更生医療)は、 (適 当 不 適 当)と判定します。

 \Box 年 月

福井県総合福祉相談所 審査医師