

自立支援医療(更生医療)意見書 (肝臓機能障害)

北海道立心身障害者総合相談所

区 分	新規・内容変更・期間延長		
氏 名		市町村名	
生年月日	年	月	日 ( 歳) 男・女
障 害 名			障害等級
原傷病名			級
障害現症及び治療経過	臨床所見については裏面に記載すること。		
医療の具体的方針	1 肝臓移植術 2 抗免疫療法 ( ) 3 その他 ( )		
治療開始予定日及び期間	入院	年 月 日 開始予定・	ヵ月間
		[手術	年 月 日 予定]
	通院	年 月 日 開始予定	
医療費概算月額	合計	手術	万円
		処置、検査、注射、投薬	万円
		入院	万円
	万円	その他( )	万円
上記の治療を要する。 記載年月日 年 月 日 指定医療機関名 指定医師名			

裏面へ

臨床所見

1 肝機能

	検査日(第1回)		検査日(第2回)	
	年	月 日	年	月 日
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II・III・IV・V		なし・I・II・III・IV・V	
腹水	ℓ		ℓ	
血清アルブミン値	g/dl		g/dl	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dl		mg/dl	

合計点数	点	点
------	---	---

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	有 ・ 無	有 ・ 無
改善の可能性のある積極的治療を実施	有 ・ 無	有 ・ 無

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ 無		

注)肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2の記載は省略可能である。

4 備考