自立支援医療（更生医療）意見書（肝臓機能障害）

氏　　名	S・H　　年　　月　　日生	判定区分	新規　・　期間延長
住　　所			
障　害　名	肝臓機能障害	手帳等級	種　　級
発病年月日及び治療経過	発症（　　年　　月　　日　原因疾患（　　）		

医療の内容

＊該当する医療に□にチェックをしてください。

□ 肝移植術

（　　年　　月　　日　済み　・　予定）

□ 抗免疫療法

＊使用予定の薬名にチェックをしてください。

□ タクロリムス
□ シクロポリン
□ ミコフェノール酸モフェチル
□ アザチオプリン
□ プレドニソロン

その他（　　）

抗免疫療法を通院で受けていた方が、入院する場合はその理由をご記入ください。

（　　）

治療効果見込み	□ あり	□ なし	

医療費概算	金額（当初の1か月）注：1か月未満時はその期間分	備考	期間
初診・再診料	円		入院予定期間
手術料	円		自　　年　月　日
投薬料	円		至　　年　月　日　　か月
注射料	円		通院予定期間
処置料	円		自　　年　月　日
検査料	円		至　　年　月　日　　か月
入院料	円		
その他	円		
合計	円		
食事療養費	円		
総合計	円		

その他	

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

指定医療機関所在地
指定医療機関名
主として担当する医師名

長　崎　県

医療機関へのお願い

身体障害者手帳取得前、および自立支援医療申請前の医療については自立支援医療の対象となりません。必ず、検査・治療（手術）を開始する前に、自立支援医療費支給認定申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。

また、自立支援医療費の支給の範囲は、自立支援医療受給者証に記載されている医療に限られます。