

記載に当たっての留意事項

自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障害)			
氏名	S・H・R	年月日生	判定区 新規・期間延長
住所	2回目以降は期間延長		
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() 肝移植術が施行され、抗免疫療法が必要であるという内容が必要です。		
医療の内容	<p>* 該当する医療に にチェックをしてください。</p> <p>肝移植術 年月日 済み・予定</p> <p>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 その他 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</p> <p>いずれかに○</p> <p>抗免疫療法を通院で受けている方が、入院する場合はその理由をご記入ください。</p>		
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か月末満時はその期間分	備考	期間
初診・再診料			
手術料	必要な治療・検査金額の概算額の記入をお願いします。		
投薬料	免疫療法に直接関係のない入院理由では、入院費料は対象外となります。		
注射料			
処置料			
検査料			
入院料			
その他			
合計	薬剤は免疫療法において		
食事療養費			
総合計			
その他			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年月日</p> <p>指定医療機関・診療科・主たる医師名を記載が必要です。 記載日を記入すること。</p> <p>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</p>			

医療機関へのお願い
身体障害者手帳又は前記に、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、自立支援医療受給者証に記載されている医療に限られます。