

自立支援医療（更生医療）意見書

（肝臓機能障害用）

氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	住 所	
原傷病名				
現病歴				
現症 〔検査等を含む〕				
その他（参考となる合併症状等）				
医療の具体的方針	肝臓移植 有 年 月 日 ・ 無 年 月 日 予定 肝臓移植後の抗免疫療法			
医療の期間	入院 通院	日間 日間	令和 令和	年 月 日 年 月 日
回復の見込み				術前 級
				術後 級相当
医療費概算額	円	医療開始の予定年月日	令和	年 月 日
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関の名称（電話番号）</p> <p>更生医療担当医師名</p>				