

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	明治・大正・昭和・平成	年 月 日（ 歳）	男・女
障 害 名			障害等級 級
原傷病名			
既 治 療 経 過 及 び 障 害 現 症	臨床意見については裏面に記入すること。		
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 通 院	平成 年 月 日開始予定・ カ月間 [手術/平成 年 月 日予定] 平成 年 月 日開始予定	
医 療 費 概算月額	合計 万円	手 術 処置・検査・注射・投薬 入 院 その他（ ）	万円 万円 万円 万円
上記の治療を要する。 <div style="text-align: center;"> 記 載 年 月 日 平成 年 月 日 指 定 医 療 機 関 名 指 定 医 師 名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>			

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