

(様式例)

自立支援医療(更生医療)意見書 (肝臓機能障害)									
フリガナ氏名		男 女		大正 昭和 平成		年 月 日生 (歳)			
住所		京都府							
原 傷 病 名						肝臓移植日 年 月 日			
現 症 及 び 障 害 状 況									
医療の具体的 方針及び内容		1. 肝臓移植術 手術予定日 令和 年 月 日 2. 肝臓移植術後抗免疫療法							
治療効果見込み									
医 療 期 間		入院		月間 日間		通 院		月間 日間	
医療開始予定日		令和 年 月 日				医療費概算額 (内訳別紙)		円	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 指定自立支援 医療機関名 所 在 地・電 話 番 号 担 当 医 師 名 印									
京都府家庭支援総合センター記入欄 自立支援医療(更生医療)適用 可 ・ 否 令和 年 月 日 審 査 医 印									

京都府家庭支援総合センター