

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(小腸機能障害用)			
ふりがな		生年月日	T・S・H
氏名			( 歳)
住所			
障害名	小腸機能障害 ( 種 級 )		
現症	原傷病名	原因疾患の発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。		
医療の方針	医療の具体的方針		
	医療による回復程度見込(除去・軽減される障害の程度)		
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 ( 新規・医療内容変更・期間延長 )	
更生医療の具体的方針及び概算額			
	内 容	金 額	
手術名			
投薬注射名			
処置名			
検査名			
基本診療			
入院(通院)期間			
その他			
合計			

氏名

治療内容	入院治療中 ・ 外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見 ( 年 月 日 )			
赤血球数 ( mm <sup>3</sup> )		血色素量 ( g/dl )	
血清総蛋白濃度 ( g/dl )		血清アルブミン濃度 ( g/dl )	
血清総コレステロール濃度 ( mg/dl )		中性脂肪 ( mg/dl )	
血清ナトリウム濃度 ( mEq/l )		血清カルシウム濃度 ( mEq/l )	
血清クロール濃度 ( mEq/l )		血清マグネシウム濃度 ( mEq/l )	
血清カルシウム濃度 ( mg/dl )			
(合併症及びその他の所見)			
(備考)			
上記のとおり診断する。			
年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。  
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療(小腸機能障害)の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。