

<b>医学的意見書</b>		(肝臓・小腸機能障害用)	
氏名		昭和 平成 令和	年 月 日生
住所	埼玉県春日部市		
① 障害名			
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他 ( )		
③ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)			
④ 障害認定所見	障害程度 ( 級相当) 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 (再認定の時期 年 月後)		
⑤ その他参考となる合併症状			
更生医療	期間	入院 日間 ・ 通院 日間 ( 回)	
	事前検査 ・ 具体的方針 ・ 効果		
令和 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科 医師名			

【更生相談所記入欄】	令和 年 月 日
適 ・ 否 ( )	審査医