

医学的意見書			(肝臓・小腸機能障害用)		
氏名			大正・昭和 平成・令和 年 月 日生		
住所		埼玉県 郡 町 市 村			
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				
所見	医療機関名 所在地 診療担当科 医師名 年 月 日				
【更生相談所記入欄】 令和 年 月 日 適 ・ 否（ ） 審査医					