

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 級相当)		障害程度 ()	
		[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	<div style="text-align: right;"> 医療機関名 所在地 診療担当科 医師名 </div>		
	年 月 日		印