

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医学的意見書</span> <span>(肝臓・小腸機能障害用)</span> </div>					
氏名		昭和 平成 令和	年 月 日生	男・女	
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 日後)					
⑤ その他参考となる合併症状					
医 療	区 分	一般・更生・育成	期 間	入院 日間・通院 日間 ( 回)	
	事前検査 ・				
	具体的方針 ・ 効果				
医療機関名 所在地 診療担当科 医師名					
年 月 日					
印					