様式第３号（７）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医学的意見書　　（肝臓・小腸機能障害用） | | | | |
| 氏　 名 | |  | | 大正・昭和  　　　　　　　 年　　　月　　　日生  平成・令和 |
| 住　　所 | | 郡 町  埼玉県  　　　　　　　　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  医療機関名  所　在　地  診療担当科  医　師　名  見 | 年　 　月　 　日 | | | |

|  |
| --- |
| 【更生相談所記入欄】 令和 　　年 　　月 　　日  　 適 ・　否（　　 　　　　　　　　　　） 　審査医 |