

自立支援医療(更生医療)意見書 (じん臓機能障害者用)			
氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日生
住所	市 郡 町		
原傷病名	(原因となった疾病・外傷名)		
治療経過 及び現症 <small>腎臓機能が不可 逆的になった経 過を記入して ください。</small>	(透析開始 昭・平・令 年 月 日) (じん臓移植施行 昭・平・令 年 月 日)		
医療の 具体的 方針 <small>該当内容に○ をつけ、詳細を 記入してくだ さい。</small>	血液透析 (回/週) ・ 腹膜透析 ・ 訪問看護 (腹膜透析に伴うもの) ※ じん臓移植術 (手術予定日: 年 月 日) ・ じん臓移植術後の免疫抑制療法 その他 () 【入院・通院の有無】 入院: 日間 通院: 回 / 週 ・ 月		
医療費 概算額 <small>(食事療養費及び 生活療養費につ いては、生活保 護受給者等の減 免対象者以外は 除きます。)</small>	区分	概算額(ヵ月分)	備考
	検査	円	
	手術	円	
	投薬注射	円	
	処置	円	
	基本診療	円	
	入院	円	
	その他	円	
合計	円		
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 令和 年 月 日 指定医療機関 所在地 名称 担当医師 氏名			

(注) 身体障害者手帳を同時に申請する場合以外は、次欄への記入をお願いします。

「検査成績」は申請日に最も近いデータで透析前値を記入してください。

#検査成績 (検査日 年 月 日)

- 1) 内因性クリアチニン・クリアランス値 _____ ml/分・測定不能
- 2) Cr _____ mg/dl
- 3) BUN _____ mg/dl
- 4) 血清 Na _____ mEq/l K _____ mEq/l
Ca _____ mEq/l Pi _____ mg/dl
- 5) Hb _____ g/dl Ht _____ %
RBC _____ $\times 10^4 / \text{mm}^3$
- 6) HCO₃ _____ mEq/l
- 7) 一日尿量 _____ ml
- 8) 尿所見 (_____)
- 9) 血圧 _____ / _____ mmHg
- 10) その他参考となる検査所見 (胸部X線、眼底所見、心電図など)

※訪問看護(腹膜透析に伴うもの)の申請の際には、指定訪問看護ステーションの看護計画書の写しを添付してください。