

自立支援医療(更生医療)要否意見書 **腎臓機能障害用**

1 新規 2 変更 3 再認定

ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日
住所		
原因疾患	腎臓機能障害 発症時期	年 月頃・不詳

医療の具体的方針(新規・再認定)

- 血液透析 1回 _____ 時間 × 週 _____ 回 (予定・実施・中止) / 導入日 年 月 日
- 腹膜透析 (予定・実施・中止) / 導入日 年 月 日
- 抗免疫療法 (予定・実施・中止) / 開始日 年 月 日
- その他: (予定・実施・中止) / 年 月 日

変更後の医療方針(変更)

- 腎移植術 抗免疫療法
- 血液透析 腹膜透析
- 腎生検 VA (シャント)
- その他:

具体的な内容(開始日、回数など)

検査数値

検査項目	導入前		最新日		検査項目	導入前		最新日	
	検査日	月 日	月 日	検査日		月 日	月 日		
血清クレアチニン濃度 (mg/dl)					尿蛋白				
ヘモグロビン値 (g/dl)					尿糖				
血圧 (mm Hg)		/	/		尿潜血				
血清尿素窒素 (mg/dl)									

臨床症状(腎不全に基づくもの) ※該当する症状について☑・[]内を○で囲んでください。

- 消化器症状 [食欲不振・悪心] 体液の異常 [全身浮腫・肺水腫・酸塩基平衡異常]
- 血液の異常 [高度の貧血・出血傾向] 循環器症状 [重篤な高血圧・心不全・心包炎]
- 尿 所 見 [無尿・乏尿・多尿] 骨ミネラル代謝異常 [高リン血症・異所性石灰化]
- 合併症等 [_____]

治療経過概要(病歴, 治療, 医療方針の変更を要する症状など) ※できる限り詳細に記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表 腎臓機能障害用

氏名						年齢	歳	
手術名								
診療見込期間		入院	自 月 日 至 月 日		入院外	自 月 日 至 月 日		
内 訳		第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	合 計
		月分	月分	月分	月分	月分	月分	
処置	透析等(術後処理を含む)							
検査	X-P							
	血液検査等							
投薬	院外処方(有・無)							
	薬品料							
	薬品名:							
注射	注射料							
	注射名:							
手術	VA(シャント)造設術等							
	腎臓移植術							
基本診療(初診・再診料)								
入院料								
その他	透析患者医学管理料							
合 計								円

- ※ 原疾患や合併症等の治療(投薬・注射等)に係る医療費は、更生医療の支給対象外です。
投薬や注射がある場合は、具体的に薬品名等を記入してください。(例:抗免疫療法で使用する免疫抑制剤名)
- ※ 入院の主たる目的が更生医療に該当しない場合、入院基本料は更生医療の支給対象外です。
- ※ そのほか意見書作成上の留意事項を参考に、計上してください。

上記のとおり診断しました。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

指定自立支援医療機関(更生医療)所在地
名 称

指定医師氏名 _____