様式２号-4(2)

自立支援医療（更生医療）要否意見書 腎臓機能障害用：透析再認定

ふりがな 氏　　名		生 年 月 日	年　　月　　日
住　　所		治 療 形 態	通院・入院（外来扱い）
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

☐ 血液透析　　1回　　時間 × 週　　回　　(実施・中止)／導入日　　年　月　日

☐ 腹膜透析　　院外処方（ 有 ・ 無 ）　　(実施・中止)／導入日　　年　月　日

☐ 抗免疫療法　　(実施・中止)／開始日　　年　月　日

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［　　］

治療概要　※ 変動あり・入院（外来扱い）の場合は、理由等を具体的に記載。

☐ 経過良好　　☐ 変動あり・入院（外来扱い）

概算額算出表　（単位：円）

内　訳		第１月（　月分）	第２月（　月分）	第３月（　月分）
基本診療（再診料）				
血液透析	処置（透析）			
	医学管理料			
腹膜透析	腹膜透析液等			
	検査料（血液・X-P）			
	医学管理料			
その他				
小　計				
３か月の合計		円		

検査数値　（最新：　　月　　日）

内　訳	
血清クレアチニン濃度（mg/dl）	
ヘモグロビン値（g/dl）	
血　圧（mmHg）	
血清尿素窒素（mg/dl）	

概算額算出表

- 円単位で記入してください。
- 原疾患や合併症等の治療（薬剤等）は、更生医療の支給対象外です。
- 血液透析の検査料（血液・X-P 等）は、慢性透析医学管理料に含まれます。
- 腹膜透析液等を院外処方とする場合も、費用を記入してください。
- その他の事項があれば、具体的内容を記入のうえ、計上してください。
- ３か月の概算で１年間を判定します。

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