

(様式第2号の3)

自立支援医療(更生医療)意見書(腎臓機能障害用)

申請の区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 再認定 <input type="checkbox"/> 3 変更		
氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
腎臓機能障害の起因となった原疾患名	<input type="checkbox"/> 1 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 2 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 3 腎硬化症 <input type="checkbox"/> 4 ネフローゼ症候群 <input type="checkbox"/> 5 多発性嚢胞腎 <input type="checkbox"/> 6 その他( )		
治療経過及び障害の現症	治療経過	透析療法開始日	血液透析 年 月 日 開始 腹膜透析 年 月 日 開始
		腎臓移植実施日	年 月 日 [ <input type="checkbox"/> 1 生体腎移植 <input type="checkbox"/> 2 献腎移植 ] 実施
	腎機能	①内因性クレアチンクリアランス値 ( ml/分 <input type="checkbox"/> 測定不能 <input type="checkbox"/> 未実施 ) ②血清クレアチニン濃度 ( mg/dl) ③血清尿素窒素濃度 mg/dl ④水分電解質(Na mEq/l, K mEq/l, Ca mg/dl, P mg/dl) ※透析継続中の者は、直近の透析前の数値を記入すること。 (上記検査年月日 年 月 日)	
		【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容や胸部X線、眼底検査、心電図検査等の所見等で特記すべき事項があれば記載すること】	
医療の具体的方針	<input type="checkbox"/> 1 血液透析 ( 週 回) <input type="checkbox"/> 2 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 3 腎移植術 [ <input type="checkbox"/> 生体腎移植 <input type="checkbox"/> 献腎移植 ] <input type="checkbox"/> 4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査 <input type="checkbox"/> 5 その他 ( ) 【対象部位、治療内容等特記すべき事項があれば記入すること】		
治療の形態	<input type="checkbox"/> 1 入院 <input type="checkbox"/> 2 通院 ( 月 回 )	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで) 〔 入院の主たる治療目的 〕 注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。		
治療効果見込み	【治療後における障害の回復状況の見込み】		

裏面へ続く (両面印刷以外は、医師の割印を必要とします)

医療費概算額 (円)	項目	内容	1か月目	2か月目	3か月目(以降)	合計	
	入院(再診)料		円	円	円	0円	
	手術料		円	円	円	0円	
	投薬	内服薬 ※3参照	剤				
			日分	円	円	円	0円
		院外処方 □1有 □2無	局所麻酔薬 (人工透析)	回	円	円	円
	消毒薬 (人工透析)		回	円	円	円	0円
	注射		回	円	円	円	0円
	処置	内容		円	円	円	0円
	検査	内容		円	円	円	0円
	画像診断	内容		円	円	円	0円
	慢性維持透析患者 外来医学管理料 ※4参照	内容		円	円	円	0円
	その他	内容		円	円	円	0円
	内容		円	円	円	0円	
	内容		円	円	円	0円	
合計			0円	0円	0円	0円	

※1 透析や免疫抑制療法で治療予定期間が1年間の場合は、3か月目欄に3ヶ月目以降の分を合算し記入してください。

※2 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。(食事療養の費用を除く。)

※3 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。

※4 透析導入後3ヶ月以上経過し、以後定期的に通院透析を継続する必要がある場合に適用になります。

上記のとおり診断します。

\* 人工透析療法(血液透析・腹膜透析)の再認定の場合、いずれかの□にチェックしてください。

年 月 日付け自立支援医療(更生医療)意見書に記載した現症及び治療方針の内容と

変更があります

変更がありません

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号 ( )

診 療 科

主として担当する医師名(指定医師)

印

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審 査 年 月 日	年 月 日