

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)							
	時間外・休日加算							
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 _____

意見書作成上の留意事項（腎臓機能障害用）

※ 更生医療は事前申請のため、該当する可能性がある場合は、速やかに意見書を提出してください。

1 原因疾患

慢性腎不全等を招来した原疾患名を記入してください。

例）糖尿病性腎症、腎硬化症、ネフローゼ症候群、嚢胞腎、全身性エリテマトーデス 等

2 医療の治療方針

透析療法や腎移植術後の抗免疫療法について、実施状況を記入してください。

例）透析の場合：血液透析や腹膜透析の導入日、実施状況等

入院の場合：腎生検、VA（シャント）再建術、腎移植術 等

治療経過概要に、入院の経緯や必要性等について記入してください。

㊦ 透析療法や腎移植後の抗免疫療法に直結しない“原疾患（糖尿病性腎症、嚢胞腎等）や合併症（腎性貧血、二次性副甲状腺機能亢進症等）“の治療は、更生医療の対象外です。

3 変更後の医療方針

変更申請をする場合は、変更後の医療方針を記入してください。

例）腹膜透析から血液透析に移行、抗免疫療法に血液透析を併用、腎生検の実施 等

4 検査数値

新 規：透析療法の導入前と最新日のデータを記入してください。

その他：通院の場合は、最新データを記入してください。

入院の場合は、導入直前と最新のデータを記入してください。

㊦ 透析療法の方は、透析前の検査データを記入してください。

5 治療概要（下記の記載例を参照）

慢性腎不全になって、透析療法等の導入に至った経過を簡明に記入してください。

例 1： H30 年から慢性糸球体腎炎を加療するが、徐々に腎機能低下。R3 年には血清クレアチニン 10 mg/dl を示し、嘔吐・全身浮腫のため R3 年〇月〇日血液透析を導入。以後透析継続中。

例 2： R2 年頃から糖尿病を治療するが、徐々に腎機能低下。R3 年 8 月 8 日血液透析を導入。R4 年 1 月 10 日夫をドナーとした生体腎移植術、抗免疫療法中。

6 医療費概算額（単位：円）

新 規：見込み額または前月の額を参考に記入してください。

変 更：入院月については、概ね必要とする期間と概算額を記入してください。

期間が限定される場合は、その期間のみの概算額を記入してください。

再認定：前月の額を参考に、再認定の開始月から 3 か月分を記入してください。

㊦ 1 か月の医療費が 50 万円を越える場合は、明細書等を提出していただくことがあります。

また、支給に要する費用の概算額の算定確認が必要な場合は、明細書等の提出を求めます。

7 再認定の様式（透析療法専用）

透析療法の方で、前回と医療内容に変更がない場合は、様式 2 号-4(2)を使用してください。

㊦ 医学管理料は、血液透析（慢性維持透析患者外来医学管理料等）や腹膜透析（在宅自己腹膜透析灌流指導管理料等）で異なります。