

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) 年 月 日
- 腹膜透析 (予定・実施・中止) 年 月 日
- 抗免疫療法 (予定・実施・中止) 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)

具体的な内容(開始日,回数など)

- 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:

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)

- 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)

※ 該当項目に☑・○を入れ,必要事項を記入してください。治療経過概要は,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)は、更生医療の対象外です。

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)

※ 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 _____