

自立支援医療(更生医療)意見書 (じん臓機能障害者用)			
氏 名		男・女	年 月 日生
住 所	市 郡 町		
原傷病名	(原因となった疾病・外傷名)		
治療経過 及び現症	(透析開始 年 月 日) (じん臓移植施行 年 月 日)		
腎臓機能が不可逆的になった経過を記入してください。			
医療の 具体的 方針	血液透析 (回/週) ・ 腹膜透析 ・ 訪問看護 (腹膜透析に伴うもの) ※ じん臓移植術 (手術予定日: 年 月 日) ・ じん臓移植術後の免疫抑制療法 その他 ()		
該当内容に○をつけ、詳細を記入してください。			
	【入院・通院の有無】 入院: 日間 通院: 回 / 週 ・ 月		
医療費 概算額	区 分	概 算 額(ヵ月分)	備 考
	検 査	円	
	手 術	円	
	投薬注射	円	
	処 置	円	
	基本診療	円	
	入 院	円	
	そ の 他	円	
合 計	円		
(食事療養費及び生活療養費については、生活保護受給者等の減免対象者以外は除きます。)			
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 年 月 日 指定医療機関 所在地 名 称 担当医師 氏 名			

(注) 身体障害者手帳を同時に申請する場合以外は、次欄への記入をお願いします。

「検査成績」は申請日に最も近いデータで透析前値を記入してください。

#検査成績 (検査日 年 月 日)

- 1) 内因性クリアチニン・クリアランス値 _____ ml/分・測定不能
- 2) Cr _____ mg/dl
- 3) BUN _____ mg/dl
- 4) 血清 Na _____ mEq/l K _____ mEq/l
Ca _____ mEq/l Pi _____ mg/dl
- 5) Hb _____ g/dl Ht _____ %
RBC _____ $\times 10^4 / \text{mm}^3$
- 6) HCO₃ _____ mEq/l
- 7) 一日尿量 _____ ml
- 8) 尿所見 (_____)
- 9) 血圧 _____ / _____ mmHg
- 10) その他参考となる検査所見 (胸部X線、眼底所見、心電図など)

※訪問看護(腹膜透析に伴うもの)の申請の際には、指定訪問看護ステーションの看護計画書の写しを添付してください。