

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 腎臓機能が不可 逆的になった経 過を記入して ください。	(透 析 開 始 年 月 日) (じん移植施行 年 月 日)		
医 療 の 具 体 的 方 針 該当内容に○ をつけ、詳細を 記入してくだ さい。	血液透析（ 回／週） ・ 腹膜透析 ・ 訪問看護（腹膜透析に伴うもの）※ じん移植術（手術予定日： 年 月 日）・じん移植術後の免疫抑制療法 その他（ ） 【入院・通院の有無】 入院： 日間 通院： 回 / 週 ・ 月		
医 療 費 概 算 額 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。	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	
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 _____ $\text{m}\ell/\text{分}$ ・測定不能

2) Cr _____ $\text{mg}/\text{d}\ell$

3) BUN _____ $\text{mg}/\text{d}\ell$

4) 血清 Na _____ mEq/ℓ K _____ mEq/ℓ

Ca _____ mEq/ℓ Pi _____ $\text{mg}/\text{d}\ell$

5) Hb _____ $\text{g}/\text{d}\ell$ Ht _____ %

RBC _____ $\times 10^4/\text{mm}^3$

6) HCO_3 _____ mEq/ℓ

7) 一日尿量 _____ $\text{m}\ell$

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。