

自立支援医療（更生医療）意見書（じん臓機能障害）

氏名	S・H・R 年 月 日生		判定区分	新規 ・ 再認定 ・ 変更 (期間延長)
住所			手帳等級	種 級
障害名	腎臓機能障害	原因となった傷病名		

現 症	医 療 の 具 体 的 方 針
血圧 / mmHg 眼底 主要尿毒症症状: 胸写所見: 心電図: じん臓機能(診断時の値) ア 内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分) ・ 測定不能 イ 血清クレアチン濃度 (mg/dl) ウ 血清尿素窒素濃度 (mg/dl) エ 24時間尿量 (ml/日) オ 尿所見 ()	(入院理由) ・入院の場合は、理由が記載してあるか。 (例:骨折のため入院) ・抗免疫療法実施中の場合もこの欄に記入 人工透析療法の、頻度や透析開始年月日を記入してあるか。 以下、該当にチェックしてください。 1 人工透析療法 透析導入 } 腹膜透析 (週 回) (CAPD・APD・IPD) 透析継続 } 血液透析 (週 回) [透析開始年月日 年 月 日] * 血液透析で留置カテーテル使用、シャフト再建、透析種類変更の場合は、上記の入院理由欄に経過・理由を記載してください。 2 シャント設置や腹膜透析カテーテル設置術 3 シャント部分や腹膜透析カテーテルの感染や閉塞に対する治療 4 腎移植術 [手術予定日 年 月 日] 5 腎移植後の抗免疫療法 6 移植腎不適合のための腎摘出術 7 手根管症候群に対する手術・リハビリテーション 8 二次性副甲状腺機能亢進症に対する副甲状腺摘除術 9 破壊性脊椎関節症に対する手術・リハビリテーション 10 訪問看護(看護内容を以下に記載)

期 入院	自 年 月 日	か月
間 通院	自 年 月 日	週 日間
医療費概算	金額(当初の1か月) 注:1か月未満時はその期間分	備 考
初診・受診料		
検 査		
投薬・注射料		
処 置 料		
入 院 料		
そ の 他		
合 計		
食事療養費		
総 合 計		

上記のとおりと診断する。

年 月 日

指定医療機関所在地
指定医医療機関名
主として担当する医師名

指定医療機関・診療科・主たる医師名が必要です。
押印は不要です。
記載日の記入をお願いいたします。