

記載に当たっての留意事項

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)
		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:		(入院理由) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 人工透析療法は、頻度や透析開始年月日を記入してあるか。 </div> 以下、該当にチェックしてください。 1 人工透析療法 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 透析導入 (CAPD・APD・IPD) </div> <div style="text-align: center;"> 腹膜透析 (週 回) 血液透析 (週 回) </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 透析開始年月日 年 月 日 </div> <p>* 血液透析で留置カーテル使用、シャント再建、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。</p> 2 シヤント設置や腹膜透析カテーテル設置術 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">()</div> 3 シヤ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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">()</div> 4 腎移植術 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> [手術予定日 年 月 日] </div> </div> 5 腎移植後の抗免疫療法 6 移植腎不適応のための腎摘出術 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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 腹膜透析導入時の訪問看護が対象です。 訪問指示書の添付をお願いします。 </div>	
期 间	入院	自 年 月 日 至 年 月 日	か月 週間 日間
	通院	自 年 月 日 至 年 月 日	か月 週間 日間
医療費概算		金額(当初の1か月)	備考
注: 1か月未満時はその期間分 初診・外来料 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			
<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; color: red; font-size: 0.8em;"> 術式・入院期間に応じた概算額となっているか。給付期間は入院90日まで。 DPC請求の場合は備考欄にDPCと記入してください。 入院費は主病名が透析を必要とする疾病的場合のみが更生医療の対象となります。尿毒症や慢性腎不全等の場合の入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりません。 </div>			
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。	