|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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( 　 ｶ月分) | | 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 | | | | | |

様式例第１号の２

（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／㎗    　　３）　ＢＵＮ　　　　　　　　　　　mg／㎗    　　４）　血清　　Ｎa　　　　　　　　 mＥq／ℓ　　　Ｋ　　　　　　　　　ｍＥｑ／ℓ  Ｃa　　　　　　　　 mＥq／ℓ　　　Ｐi 　　　　　　 mg／㎗   1. Ｈb　　　　　　　　　　　　 g／㎗　　　　 Ｈt　　　　　　　　　％   ＲＢＣ　　　　　　　　　　　×10４／㎣   1. ＨＣＯ3　　　　　　　　　　　　mＥq／ℓ 2. 一日尿量　　　　　　　　　　　mℓ 3. 尿所見　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 4. 血圧　　　　　　　　／　　　　　　　　　㎜Ｈg   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。