|  |
| --- |
| **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。