

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(じん臓機能障害者用)			
ふりがな		生年月日	(歳)
氏名			
住所			
障害名	じん臓機能障害 (種 級)		
現 症	原傷病名	原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。		
医 療 の 方 針	医療の 具体的方針		
	医療による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)		
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 (新規・医療内容変更・期間延長)	
更生医療の具体的方針及び概算額			
内 容		金 額	
手術名			
投薬注射名			
処置名			
検査名			
基本診療			
入院(通院)期間			
その他			
合計			

氏名

治療内容	血液透析(回数 /週)、腹膜透析(回数 /週)、腎移植、抗免疫療法		
	入院治療中・外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見(年 月 日)		臨床症状	
内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分、測定不能)		1. 体液貯留(全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫)	
血清クレアチニン濃度 (mg/dl)		2. 体液異常(管理不能の電解質、酸塩基平行異常)	
血清尿素窒素濃度 (mg/dl)		3. 消化器症状(悪心、嘔吐、食思不振、下痢等)	
血清電解質		4. 循環器症状(重篤な高血圧、心不全、心包炎)	
Na mEq/l	K mEq/l	5. 神経症状(中枢・末梢神経障害、精神障害)	
Ca mg/dl	Cl mEq/l	6. 血液異常(高度の貧血症状、出血傾向)	
P mEq/l	尿酸 mg/l	7. 視力障害(尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症)	
末梢血液所見		日常生活障害程度	
RBC $\times 10^4/\mu l$	WBC /mm ³	1. 尿毒症状のため起床できない	
Hb g/dl	Ht %	2. 日常生活が著しく制限される	
24時間尿量 ml	血圧 ~ mmHg	3. 労働が制限される	
(尿所見)		(備考)	
上記のとおり診断する。			
年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。
説明困難な場合は、図・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、**事前申請が原則**であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療(じん臓機能障害)の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。