

氏名 男・女 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

住所

（記入又は該当するものを○で囲むこと）

1、診断名

2、腎機能検査結果（診断日に直近の検査結果を記入すること）

ア 内因性クレアチンクリアランス値 ml /分 測定不能 測定せず  
 イ 血清クレアチニン濃度 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 無尿 蛋白（ ）糖（ ）沈渣（赤血球 白血球 円柱）

3、その他参考となる検査所見（胸部X線、眼底所見、心電図等）

4、臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の[ ]欄に記入すること）

ア 腎不全に基づく末梢神経症（有・無） [ ]  
 イ 腎不全に基づく消化器症状（有・無） [食思不振、悪心、嘔吐、下痢]  
 ウ 水分電解質異常（有・無） [Na mEq/l K mEq/l Ca mEq/l P mg/dl 浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血]  
 エ 腎不全に基づく精神異常（有・無） [ ]  
 オ X線上における骨異常栄養症（有・無） [高度、中程度、軽度]  
 カ 腎性貧血（有・無） [Hb g/dl, Ht % 赤血球 × 10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>]  
 キ 代謝性アシドーシス（有・無） [CO<sub>2</sub>またはHCO<sub>3</sub> mEq/l]  
 ク 重篤な高血圧症（有・無） [収縮期 / 拡張期 mmHg]  
 ケ 腎不全に直接関連するその他の症状（有・無） [ ]

5、現病歴及び現在までの治療内容

6、今後の医療の具体的方針

ア 透析療法  
 導入日 平成 年 月 日 予定・開始  
 a 血液透析 回/週 時間/回  
 b 腹膜透析  
 イ 腎移植 平成 年 月 日 手術・予定  
 ウ 腎移植後抗免疫療法  
 （平成 年 月 日腎移植）  
 エ その他

オ 自立支援医療予定期間

a 入院 日間  
 平成 年 月 日から 年 月 日まで  
 ※入院が必要な理由  
 （主たる診療が更生医療の対象でない場合、入院基本料等は支給対象になりません。）  
 b 通院 日間  
 平成 年 月 日から 年 月 日まで

7、医療費概算額（内訳別紙）

円

上記のとおり診断する。  
 指定自立支援医療機関の名称（電話番号）

平成 年 月 日  
 更生医療担当医師名