

自立支援医療（更生医療・じん臓機能障害）意見書

（再認定用・内容変更用）
※どちらかを○で囲み、内容変更の場合は4の欄に記入

氏名 男・女 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（歳）

住所

1、診断名

（記入又は該当するものを○で囲むこと）

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 ・無尿 _____ ml /日

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）・現症

4、医療の具体的方針の内容を変更する場合は、変更の必要性を詳細に記入して下さい。

5、今後の医療の具体的方針

ア 透析療法
導入日 平成____年____月____日開始
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)

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

6、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

