

自立支援医療（更生医療）意見書

腎

令和 年 月 日		医療機関名		
		所在地		
		指定(届出)医師名(自署)		
		診療担当医師(自署) (自署でない場合は氏名の右に押印してください。)		
氏名	T・S・H 年 月 日生 (歳)	住所		
診察日	年 月 日	疾病・外傷発生日	年 月 日	
腎障害をきたした原疾患名				
現在までの症状経過と治療内容				
医療の具体的方針				
医療費の概要：医療概算額 通院(外来：1ヶ月間)、入院(入院治療期間内)別に記載してください。				
区分	通院 (外来：1ヶ月間)		入院 (入院治療期間内)	
	金額	内 訳	金額	内 訳
透析及び手術	円	週 回 1回 時間試行 透析器の面積 m ²	円	週 回 1回 時間試行 透析器の面積 m ² 手術
投薬・注射	円		円	
処 置	円		円	
検 査	円		円	
基本及び特掲診療	円	(初・再診) (予定) 回	円	入院(再入院)を必要とする理由 平成 年 月 日 入院(予定) 入院(予定)期間 ヶ月
そ の 他	円		円	
合 計	円		円	
備 考	透析導入年月日 年 月 日			

じん臓の機能障害の状況及び所見 (現症)

(該当するものを○でかこむこと)

(1) じん臓機能

ア 内因性クレアチンクリアランス値 (mL/分 測定不能)

イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dℓ)

ウ eGFR (推算糸球体濾過量) (mg/分/1.73 m²)

エ 血清尿素窒素濃度 (mg/dℓ)

オ 24時間尿量 (mL/日)

カ 尿 所 見 ()

(2) その他参考となる検査所見 (胸部エックス線, 眼底所見, 心電図等)

()

(3) 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〔 〕内に記入すること。)

ア じん臓不全に基づく末梢神経症 (有・無) []

イ じん臓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 mg/dℓ , P mg/dℓ
浮腫, 乏尿, 多尿, 脱水, 肺うっ血,
その他 ())

エ じん臓不全に基づく精神異常 (有・無) []

オ エックス線写真所見上における骨異栄養症 (有・無) [高度, 中等度, 軽度]

カ じん臓性貧血 (有・無) Hb g/dℓ , Ht %
赤血球数 ×10⁴/mm³

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO₃ mEq/ℓ]

ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧
mmHg

ケ じん臓不全に直接関連するその他の症状
(有・無) []

(4) 日常生活の制限による分類

ア 家庭内での、普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの。

イ 家庭内での、普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。

ウ 家庭内での、極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。

エ 自己の身近の日常生活活動を著しく制限されるもの。

(医療機関へお願い)

兵庫県では、自立支援医療（更生医療）適用申請以前に、行われた診療行為については、更生医療の適用を認めておりません。必ず、診療を開始する前に、更生医療の申請手続きを済ませるよう、対象の障害者・家族にご指導願います。