

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【じん臓機能障害用】

新規認定

受診者 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
受診者 住 所		手帳等級	種 級
原傷病名		発症年月日	年 月 日
病 歴 ・ 経 過	血液透析開始日 (年 月 日) 腹膜透析開始日 (年 月 日) 腎移植施行日 (年 月 日)		
現 症	検査成績等（透析療法開始直前・透析実施直前） ・内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分) ・血清クレアチニン濃度 (mg/dl) ・eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・血清尿素窒素濃度 (mg/dl) ・尿所見 ()	・ヘモグロビン (g/dl) ・胸部エックス線写真所見 () ・その他参考となる臨床症状 ()	
医 療 の 具 体 的 方 針	<input type="checkbox"/> 血液透析（導入・継続） (回/週)	医療費概算額（診療見込期間内の総額）	
	<input type="checkbox"/> バスキュラーアクセス（内シャント等）設置 (透析開始予定日 年 月 日)	区 分	摘 要
	<input type="checkbox"/> バスキュラーアクセス（内シャント等）トラブルの治療	初診・再診料	円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析（導入・継続） (CAPD 回/日・APD)	投薬料	円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテル装着術 (透析開始予定日 年 月 日)	注射料	円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療	処置料	円
	<input type="checkbox"/> 腎移植術	手術麻酔料	円
	<input type="checkbox"/> 腎移植に伴う抗免疫療法	検査料	円
	<input type="checkbox"/> 移植腎不適応のための摘出術	入院料	円
	<input type="checkbox"/> その他 ()	その他	円
	合 計	円	
入院を要する場合の理由 ※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外 手術名 () 手術予定日 ()			
診療見込期間 (入院又は通院で1年以内) ※訪問看護は原則導入時3ヶ月	入 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算 日間
	通 院	年 月 日 ~ 年 月 日	通算 日間
	訪問看護	年 月 日 ~ 年 月 日	通算 日間
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏名			

※ 医療費概算額及び診療見込期間の記載に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入下さい。

【大分県身体障害者更生相談所】

(裏面)

※ 人工透析療法及びじん移植に伴う抗免疫療法の入院又は通院の診療見込期間は、最長1年の取扱いが可能です。あくまで治療に必要な期間として下さい。

※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないで下さい。

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には記入しないで下さい。また、入院を要する場合の理由については、具体的に記載して下さい。

<記入例> シヤント閉塞により入院加療の見込みがあるため
骨折治療のため
脳梗塞後遺症により、自宅での生活が困難なため