

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		性別	男 ・ 女	生年 月日	M・T・S・H  ( 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	平成	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 mg/dl	尿酸 mg/dl	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 $\times 10^4/\mu\text{l}$	WBC / $\text{mm}^3$	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。			
平成 年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			印

※ 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。