

自立支援医療（更生医療）要否意見書（腎臓機能障害用）

				I 新規	
				II 再認定	
				III 変更	
ふりがな 氏 名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		男・女
障 害 名					
住 所					
原 因 疾 患					
医療の具体的方針					
I 新規申請					
(1) 現在，保存的療法中であるが，今後透析療法を導入予定である。					
(2) 既に透析療法中であるが，今回，更生医療を新規に申請する。					
II 再認定申請					
III 医療内容の変更					
1. 腎移植 2. 透析療法 3. 通院⇒入院 4. その他（ ）					
[手術日・開始日・入院日 年 月 日]					
IV 治療方針					
導入日 年 月 日					
血液透析 時間 × 回/週 （時間内・時間外）の透析（中・予定）					
自己連続携行式腹膜灌流 CAPD 施行 （中・予定）					
抗免疫療法 （中・予定・中止） [開始日 年 月 日]					
V 検査数値					
		検査日	導入日	数ヶ月後	最新日
検査項目					
内因性クレアチニン・クリアランス値（異常値有・無） ml/min					
血清クレアチニン濃度 （異常値 有・無） mg/dl					
血清 Na （異常値 有・無） mEq/l					
血清 K （異常値 有・無） mEq/l					
血清 Ca （異常値 有・無） mg/dl					
血清 P （異常値 有・無） mg/dl					
赤血球 （異常値 有・無） ×10 ⁴ /mm ³					
Hb （異常値 有・無） g/dl					
Ht （異常値 有・無） %					
代謝性アシドーシス （異常値 有・無） nmol/l					
血圧 mmHg					
尿所見 蛋白（有・無） 尿糖（有・無） 潜血（有・無）					
平均1日尿量 ml					
血清尿素・窒素 （異常値 有・無） mg/dl					
※ 異常有，無についても○を記載してください。					

臨床症状

- 1 腎不全に基づく末梢神経症状 (有・無) []
- 2 腎不全に基づく消化器症 (有・無) [食欲不振・悪心・嘔吐・下痢]
- 3 腎不全に基づく精神症状 (有・無) []
- 4 エックス線所見上における骨異栄養症 (有・無) [高度・中等度・軽度]
- 5 血液異常 (有・無) [高度の貧血症状・出血傾向]
- 6 循環器症状 (有・無) [重篤な高血圧・心不全・心包炎]
- 7 体液貯留, 異常 (有・無) [全身浮腫・高度の低蛋白血漿・肺水腫・酸塩基平衡異常]
- 8 視力障害 (有・無) [尿毒症性網膜症・糖尿病性網膜症]
- 9 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) 心臓比 %
- 10 尿所見 (無尿・乏尿・多尿)

日常生活の制限による分類

- 1 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無く, それ以外の活動でも著しく制限される事がないもの
- 2 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
- 3 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
- 4 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

腎機能障害発症日 昭和・平成 年 月 日

治療経過概要

その他参考となる障害・合併症

免疫療法中止月日 年 月 日

記載上の留意事項

- 1 自立支援医療(更生医療)要否審査の資料となりますのでできる限り詳細に記入してください。
- 2 該当項目には○印, 数字などを記入してください。
- 3 医療費の概算額の記入については, 「意見書作成上の留意事項(腎臓機能障害用)」を参考に記入してください。

※ 指定自立支援医療機関は, 自立支援医療(更生医療)意見書等の作成を新規申請の場合を除いて無償で交付するよう定められています。

(指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第 6 条平成 18 年厚生労働省告示第 65 号)

自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（腎臓機能障害用）							
氏名				男・女	年 齢	歳	
診療見込期間	入院	自 月 日 至 月 日			入院外	自 月 日 至 月 日	
透析導入開始日		年	月	日	週	回	時間施行
内 訳	第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	合 計
	月分	月分	月分	月分	月分	月分	
基 本 料							
処 置	透析時等（術後 処理等を含む）						
検 査	X-P						
	血液検査等						
投 薬	処方箋料：有・無						
	薬品料 薬品名						
	（ 錠等）						
注 射	注射料 注射名 〔 等 〕						
手 術	シャント造設術等						
	腎移植術						
	入 院 料						
	透析患者医学管理料						
他	（ ）						
計							円

上記のとおり診断しました。

年 月 日

指定自立支援医療機関（更生医療）所在地

名 称

指定自立支援医療機関（更生医療）指定医師氏名

印

自立支援医療（更生医療）を適当と認定します。

年 月 日

身体障害者更生相談所 医師

印