

自立支援医療（更生医療）内容意見書（腎臓疾患用）

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ 内容変更（ ）						
フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 才		
住所：				電話：		
障害名：腎臓機能障害 級（有・申請中）			原傷病名：			
透析導入年月日： 昭和・平成 年 月 日						
現病歴および治療経過・現症（入院の場合は、入院の必要な理由と、退院のめどを書いてください）						
医療の 具体的方針	血液透析（週 回） 腹膜透析（1日 回の透析液） 併用（血液透析 週 回 + 腹膜透析 週 日） 腎移植術（生体・献腎） 免疫抑制療法 その他（ ）					
医療効果見込						術後等級見込 級
手術予定日	平成 年 月 日					
医療予定期間	入院： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日					
	通院： 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日					
検査結果	検査日 平成 年 月 日					
	血清尿素窒素	mg/dl	1日尿量	ml		
	血清クレアチニン値	mg/dl	身長	cm		
	ヘマトクリット値	%	体重	kg		
	心胸比	%	合併症	無・有（ ）		
医療費概算額	区分	金額（円）	備考	区分	金額（円）	備考
	手術・透析			基本診療		
	投薬・注射			入院		
	処置					
	検査					
	合計		円			
平成 年 月 日 指定自立支援医療機関 の名称・所在地 主として担当する医師 科 印						

*下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	<p>上記自立支援医療（更生医療）は、（ 適 当 ・ 不 適 当 ）と認定します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>福井県総合福祉相談所 審査医師 印</p>
-----	--