

自立支援医療（更生医療）意見書（じん臓機能障害）

氏名		T・S・H 年 月 日生		判定区分	新規 ・ 再認定 ・ 変更 (期間延長)
住所				手帳等級	種 級
障害名		腎臓機能障害		原因となった傷病名	
現 症				医 療 の 具 体 的 方 針	
血圧 / mmHg 眼底 主要尿毒症症状: 胸写所見: 心電図:				(入院理由) ※以下、該当にチェックしてください。 ☐ 1 人工透析療法 ☐ 透析導入 } ☐ 腹膜透析 (週 回) (CAPD・APD・IPD) ☐ 透析継続 } ☐ 血液透析 (週 回) 【透析開始年月日 年 月 日】 * 血液透析で留置カテーテル使用、シャント再建、透析種類変更の場合は、上記の入院理由欄に経過・理由を記載してください。 ☐ 2 シャント設置や腹膜透析カテーテル設置術 [] ☐ 3 シャント部分や腹膜透析カテーテルの感染や閉塞に対する治療 [] ☐ 4 腎移植術 【手術予定日 年 月 日】 ☐ 5 腎移植後の抗免疫療法 ☐ 6 移植腎不適応のための腎摘出術 ☐ 7 手根管症候群に対する手術・リハビリテーション ☐ 8 二次性副甲状腺機能亢進症に対する副甲状腺摘除術 ☐ 9 破壊性脊椎関節症に対する手術・リハビリテーション ☐ 10 訪問看護(看護内容を以下に記載) []	
期 間	入院	自 年 月 日 至 年 月 日	か月 週間 日間		
	通院	自 年 月 日 至 年 月 日	か月 週間 日間		
医療費概算		金額(当初の1か月) 注:1か月未満時はその期間分		備 考	
初診・再診料		円			
検 査 料		円			
投薬・注射料		円			
処 置 料		円			
入 院 料		円			
そ の 他		円			
合 計		円			
食事療養費		円			
総 合 計		円			
上記のとおりと診断する。 年 月 日 指定医療機関所在地 指定医医療機関名 主として担当する医師名					