

自立支援医療(更生医療)要否意見書 **腎臓機能障害用:透析再認定**

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所		治療形態	通院・入院(外来扱い)
原因疾患		腎臓機能障害発症時期	年 月頃・不詳

医療の具体的方針

- 血液透析 1回 時間 × 週 回 (実施・中止) 年 月 日
- 腹膜透析 院外処方(有・無) (実施・中止) 年 月 日
- 抗免疫療法 (実施・中止) 年 月 日

臨床症状 (腎不全に基づくもの)

- 消化器症状 [食欲不振・悪心] 体液の異常 [全身浮腫・肺水腫・酸塩基平衡異常]
- 血液の異常 [高度の貧血・出血傾向] 循環器症状 [重篤な高血圧・心不全・心包炎]
- 尿所見 [無尿・乏尿・多尿] 骨ミネラル代謝異常 [高リン血症・異所性石灰化]
- 合併症等 []

治療概要 ※ 変動あり・入院(外来扱い)の場合は、理由等を具体的に記載。

- 経過良好 変動あり・入院(外来扱い)

概算額算出表

(単位:円)

内 訳		第1月	第2月	第3月
基本診療(再診料)				
血液透析	処置(透析)			
	医学管理料			
腹膜透析	腹膜透析液等			
	検査料(血液・X-P)			
その他	医学管理料			
小 計				
3か月の合計		円		

検査数値 (最新: 月 日)

内 訳		
血清クレアチニン濃度	(mg/dl)	
ヘモグロビン値	(g/dl)	
血 圧	(mmHg)	
血清尿素窒素	(mg/dl)	

概算額算出表

- ・ 円単位で記入してください。
- ・ 原疾患や合併症等の治療(薬剤等)は、更生医療の対象外です。
- ・ 血液透析の検査料(血液・X-P等)は、慢性透析医学管理料に含まれます。
- ・ 腹膜透析液等を院外処方とする場合も、費用を記入してください。
- ・ その他の事項があれば、具体的内容を記入のうえ、計上してください。
- ・ 3か月の概算で1年間を判定します。

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

指定医師氏名 _____