

1 どのような治療をしていますか？

当てはまる欄の □には○印を、（ ）には数字をお書き下さい。

”その他”にチェックを入れた方は〈 〉にその内容をお書き下さい。

じん臓機能障害での再認定

<input type="checkbox"/>	血液透析：週（ ）回
<input type="checkbox"/>	腹膜透析：1日（ ）リットル 1日（ ）回 ※リットル数が分からない場合のみ記載
<input type="checkbox"/>	併用：血液透析週（ ）回＋腹膜透析週（ ）日
<input type="checkbox"/>	腎臓移植後の薬物療法（抗免疫療法）
<input type="checkbox"/>	その他 〈 〉

心臓機能障害での再認定

<input type="checkbox"/>	心臓移植後の薬物療法（抗免疫療法）
<input type="checkbox"/>	その他 〈 〉

肝臓機能障害での再認定

<input type="checkbox"/>	肝臓移植後の薬物療法（抗免疫療法）
<input type="checkbox"/>	その他 〈 〉

免疫機能障害での再認定

<input type="checkbox"/>	薬物療法
<input type="checkbox"/>	その他 〈 〉

小腸機能障害での再認定

<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養法
<input type="checkbox"/>	その他 〈 〉

2 上記医療を受ける為に、主治医から指定された（予約日）とおりに通院していますか？

当てはまる欄の □には○印を、〈 〉には理由をお書き下さい。

<input type="checkbox"/>	主治医から指定された（予約日）とおりに通院し治療を受けている
<input type="checkbox"/>	主治医から指定された（予約日）とおりの通院ができていない それはなぜですか？ 〈 〉

上記記載に間違いありません

署名