

(更様式3)

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 年 月 日	年齢 歳		
住 所：				電話：		
障がい名：腎臓機能障害		級（有・申請中）	原傷病名：			
透析導入年月日：		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、退院の目途を書いてください）						
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		腎生検 その他（ ）	
医療効果見込				術後等級見込 級		
手術予定日	年 月 日					
医療予定期間	入院：	年 月 日		～	年 月 日	
	通院：	年 月 日		～	年 月 日	
検査結果	検査日	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）	
	手術・透析			基本診療		
	投薬・注射			入院		
	処置					
	検査					
	合計		円			
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						

* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	上記自立支援医療（更生医療）は、（適 当 ・ 不 適 当）と判定します。					
	年 月 日					
	福井県総合福祉相談所			審査医師		

自立支援医療（更生医療）内容意見書（腎臓疾患用）

○で囲む。内容変更の場合は変更内容を記入する。

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 年 月 日			年齢 才				
住所：		術前等級・現等級		最も可能性の高い原傷病名を記入する。慢性腎不全ではなく、糖尿病性腎症、慢性腎炎など。					
障がい名：腎臓機能障害		級（有・申請中）	原傷病名：						
透析導入年月日： 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）									
<ul style="list-style-type: none"> ・新規の場合、透析療法を必要とする病歴、導入時の所見を記入する。 ・症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容や胸部XP、眼底検査、心電図検査などの所見で特記すべき事項があれば記入する。 ・血液不適合の腎移植の場合、術前処置として行われる「血漿交換」「腎臓摘出」「免疫抑制剤追加増量」は自立支援医療の適応になるため記載する 									
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）		○で囲む、 数字を記入する。				
	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	腎生検	その他（ ）				
医療効果見込	*治療後における障がいの回復状況の見込みを記入する。					等級見込	級		
手術予定日	（例）障がいの症状の軽減・身体機能の代償、改善・ADLの維持など								
医療予定期間	入院：	年	月	日	～	平成	年	月	日
	通院：	年	月	日	～	平成	年	月	日
検査結果	検査日	年 月 日			○で囲む、 数字を記入する。				
	血清尿素窒素	mg/dl	1日尿量	・透析療法導入前のものか、透析継続中の者は、直近の透析前の数値を、手術の場合は手術を決定した時点の数値を記入する。					
	血清クレアチニン値	mg/dl	身長	・いずれの場合も全項目記入し、検査不能の場合はその旨を記入する。（未測定、等）					
	ヘマトクリット値	%	体重						
	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	*医療予定期間内の概算額を記入							
	投薬・注射	・更生医療と並行して行う合併症などの治療に係る医療費については給付の対象とならないので、概算額には含めないこと。							
	処置	・入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は概算額に記入しないこと。							
	検査	・その他を記入する時は、詳細も記入する。							
	合計	円		障害者総合支援法第59条第1項の規定による医療機関、主として担当する医師は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師が作成者であること。					
	年 月 日	指定自立支援医療機関 の名称・所在地		科					
	手術予定日以前の 日付を記入する。								

*医療予定期間を更生医療有効期間とする。
有効期間は入院・通院合わせて1年まで

*下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	上 記自立支援医療（更生医療）は、（適当 ・ 不適当）と判定します。
	年 月 日
	福井県総合福祉相談所 審査医師