

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

血液透析：週（ ）回

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

併用：血液透析週（ ）回＋腹膜透析週（ ）日

腎臓移植後の薬物療法（抗免疫療法）

その他 〈 〉

心臓機能障害での再認定

心臓移植後の薬物療法（抗免疫療法）

その他 〈 〉

肝臓機能障害での再認定

肝臓移植後の薬物療法（抗免疫療法）

その他 〈 〉

免疫機能障害での再認定

薬物療法

その他 〈 〉

小腸機能障害での再認定

中心静脈栄養法

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。

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

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