

(様式3-1号)

更生医療要否意見書 (じん臓機能障害)

区分	・ 新規 ・ 再認定 ・ 変更 (医療内容・医療機関・入通院)			
氏名 生年月日	大昭平 年 月 日 (歳)		住所	
障害名	腎臓機能障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級	健康保険の種別	
原傷病名		昭・平・令 年 月 日交付		
初診年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請中		
現症	◎ 検査成績 (検査日: 年 月 日) 血清ナトリウム (<i>mEq/l</i>) 血清総蛋白量 (<i>g/dl</i>) 血清カリウム (<i>mEq/l</i>) ヘマトクリット値 (%) 血清尿素窒素 (<i>mg/dl</i>) 血清リン (<i>mg/dl</i>) 血清クレアチニン (<i>mg/dl</i>) 血清カルシウム (<i>mg/dl</i>) ◎ その他参考となる所見 (入院の場合は必ず入院理由を記載してください。)			
	◎ 医療機関の変更 (無 ・ 有 (変更前の医療機関名:)) ・ 変更理由:			
医療の 具体的 方針	◎ 更生医療の内容 (印でチェックしてください。)	医療概算額	金額 (円)	備考
	<input type="checkbox"/> 血液透析 (回数 /週)	手術		
	<input type="checkbox"/> 血液透析をするためのシャント設置 (形成) 術			
	<input type="checkbox"/> シャント部分の炎症, 血栓に対する治療	診察		
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析 (回数 /日)			
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析用留置カテーテル装着 (設置) 術	検査		
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析用カテーテル出口部感染に対する治療			
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析中の腹膜炎に対する治療	投薬・注射		
	<input type="checkbox"/> 腎移植術			
	<input type="checkbox"/> 腎移植術後の抗免疫療法	透析・処置		
<input type="checkbox"/> 腎移植後の腎生検				
<input type="checkbox"/> 移植腎不適合のための腎臓摘出術	入院			
◎ 手術名 ()	その他			
手術予定日 (年 月 日)				
(参考)	合計			
<input type="checkbox"/> 慢性維持透析開始日: 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 腎移植術年月日: 年 月 日	(注) 1か月間の必要額を記載。1か月未満と腎移植術等の場合は診療見込期間の額を記載する。			
<input type="checkbox"/> 薬局名 ()				
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション名 ()				
診療見込期間	入院	令和 年 月 日から	か月間 (日間)	
	通院	令和 年 月 日から	か月間 (日間)	
治療効果見込				
令和 年 月 日	指定医療機関所在地 名 称 主として担当する医師			
※要否判定 (更生相談所の嘱託医が記入します。)		嘱託医判定日	令和 年 月 日	
要 ・ 否	刘	(否の理由)		

※ 更生医療適用見込期間は、入院3か月以内、通院1年以内となります。

※ 入院、通院は別々に作成してください。

(令和3年4月1日から適用)