

自立支援医療（更生医療）意見書（腎臓に関する医療用）

1 初回	ア 透析導入による新規申請 イ 腎移植の実施による新規申請 ウ 治療方針・形態の変更による新規申請 エ 保険種別変更による新規申請 オ 他都道府県からの転入による新規申請	2 継続	3 再	更生医療中止 後、再申請
------	---	------	-----	-----------------

氏 名		男・女	年	月	日生	身体障害者手帳 じん臓機能障害 級
住 所						
障害名 腎機能障害（原病名）						
透析開始： 年 月 日 現在の透析法： HD, HDF, PD 腎移植術日： 年 月 日						
現病歴概要						
現症ならびに検査成績（導入申請では透析導入前のデータを、その他の申請では最新の透析前のデータを記入すること）						
1 腎機能と尿所見 クレアチニンクリアランス _____ ml/分 ・ 測定不能 ・ 未測定 eGFR _____ ml/分/1.73m ² ← 測定不能の場合は eGFR を記入すること 24時間尿量 _____ ml/日 尿所見：蛋白 _____ g/日 糖 _____ g/日 赤血球 _____ 白血球 _____ 円柱 _____						
2 血清（漿）生化学的所見（透析終了後 _____ 日後） 尿素窒素 _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 尿酸 _____ mg/dl ナトリウム _____ mEq/l 無機リン _____ mg/dl カリウム _____ mEq/l カルシウム _____ mg/dl, mEq/l クロール _____ mEq/l マグネシウム _____ mEq/l PH _____ HCO ₃ _____ mEq/l 総蛋白 _____ g/dl アルブミン _____ %, g/dl						
3 末梢血所見 赤血球数 _____ ×10 ⁴ /mm ³ ヘモグロビン _____ g/dl ヘマトクリット _____ % 白血球 _____ /mm ³ 血小板数 _____ ×10 ⁴ /mm ³						
4 血圧 _____ / _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg						

5 その他の検査所見											
胸部レ線			_____			心胸比			_____ %		
心電図			_____								
眼底所見			_____								
(糖尿病を合併する場合) 空腹時血糖			_____ mg/dl,			HbA _{1c}			_____ %		
6 臨床症状 (有の場合はそれを裏づける所見を「 」の中に記入)											
心包炎			(有 ・ 無)			「			」		
出血傾向			(有 ・ 無)			「			」		
中枢神経症状			(有 ・ 無)			「			」		
末梢神経症			(有 ・ 無)			「			」		
消化器症状			(有 ・ 無)			「			」		
体液過剰			(有 ・ 無)			「			」		
骨病変			(有 ・ 無)			「			」		
精神障害			(有 ・ 無)			「			」		
その他腎不全に関する症状			「			」			」		
7 活動性の障害程度											
(1) 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。											
(2) 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。											
(3) 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。											
医 療 の 具 体 的 方 針											
医 療 の 期 間			入院			月間 日間		通院		月間 日間	
医 療 費 の 概 算 額			円			円			円		
医療費 概算額 内 訳	手術料 円	投 薬 注射料 円	処 置 料 円	検 査 料 円	基本治療 円	入 院 料 円	そ の 他 円	合 計 円			
更生医療予定年月日			年 月 日 ~ 年 月 日								

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定医療機関名
担 当 医 師 名