

自立支援医療(更生医療)意見書

腎

(新規用)

氏名		生年月日		明・大・昭・平・令		年 月 日	
経過等	治療経過						
	自立支援医療が必要となる障害の状況 ※1	1. 手帳申請と同時の場合：別添「身体障害者手帳診断書・意見書」のとおり ※裏面記載不要 2. 手帳申請時と比較して変化のある場合：裏面に記載のとおり (「身体障害者手帳診断書・意見書」を添付のうえ、変化のある部分のみ裏面に記載して下さい。)					
医療の具体的方針 ※2				効果見込み ※3			
医療費概算内訳等	自立支援医療適用期間	入院	年 月 日～ 年 月 日		通院	年 月 日～ 年 月 日	
	医療費概算額	健保点数	点		金額	円	
	①初・再診	点	⑦()		点		
	②投薬・注射	点	⑧入院		点		
	③処置	点	⑨小計		点		
	④手術	点	⑨×10		円		
	⑤検査(レントゲンを含む)	点	⑩その他()		円		
⑥()	点	合計(⑨+⑩)		円			
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関の名称 医師氏名(意見書作成医師) 印 医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師) 印							

※1 「自立支援医療が必要となる障害の状況」欄は、「身体障害者手帳診断書・意見書」を同時に申請されている場合は、裏面記載不要です。

障害の状況が手帳申請時と比べて変化している場合は、現在の状況を記載願います。「身体障害者手帳診断書」のない場合は裏面の記載漏れがないようにお願いします。

※2 「医療の具体的方針」欄は、血液透析療法の場合は「週〇回」等の治療内容を記載してください。

※3 「効果見込み」については、「障害軽減」、「身体機能の改善」、「身体機能の代償」等記載して下さい。

(裏面へ続く)

《裏面》じん臓機能障害用(新規)

1. 腎機能 (検査日 令和 年 月 日) (該当するものを○で囲むこと。)

ア 内因性クレアチンクリアランス値 ml/分 測定不能・測定せず

イ 血清クレアチニン濃度 mg/dl

※血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以下の場合は、透析の必要性及び回数について、具体的に記入して下さい。

[]

ウ 血清尿素窒素濃度 mg/dl

エ 24時間尿量 ml/日

オ 尿所見 無尿 蛋白() 糖() 沈渣(赤血球 白血球 円柱)

2. その他参考となる検査所見(胸部X線、眼底所見、心電図等)

3. 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、それを裏付ける所見を右の[]欄に記入すること。)
(検査日 令和 年 月 日)

ア 腎不全に基づく末梢神経症状 有・無 []

イ 腎不全に基づく消化器症状 有・無 [食思不振, 悪心、嘔吐、下痢]

ウ 水分電解質異常 有・無 [Na mEq/l K mEq/l
Ca mEq/l P mg/dl
浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血
その他()]

エ 腎不全に基づく精神異常 有・無 []

オ X線写真所見における骨異栄養症 有・無 [高度、中等度、軽度]

カ 腎性貧血 有・無 [Hb g/dl Ht %
赤血球数 × #⁴/mm³]

キ 代謝性アシドーシス 有・無 [HCO₃ mEq/l]

ク 重篤な高血圧症 有・無 [最大血圧/最小血圧 / mmHg]

ケ 腎不全に直接関連するその他の症状 有・無 []

4. 日常生活の制限による分類

ア 家庭内で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ついては、支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることのないもの。

イ 家庭内で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。

ウ 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。

エ 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。