

(様式例)

自立支援医療(更生医療)意見書 (じん臓機能障害)										
フリガナ氏名		男 女		大正 昭和 平成		年 月 日生 (歳)				
住所		京都府								
原傷病名						人工透析導入日・腎移植日 年 月 日				
現 症 及 び 障 害 状 況		(血清クレアチニン値8.0mg以下での導入の場合、症状その他導入にいたる経過を詳しく記入のこと)								
		血清クレアチニン		mg/dl	Ht		%			
		〃 尿素窒素		mg/dl	心胸比		%			
		〃 尿酸		mg/dl	血圧		/ mmHg			
		〃 Na		mEq/l	尿量		ml/日			
		〃 K		mEq/l	内因性クレアチニンクリアランス値		ml/分		測定不能	
医療の具体的方針及び内容		1. 血液透析 回・時間/週 2. CAPD 3. 腎移植 手術予定日 令和 年 月 日 4. 腎移植後抗免疫療法 5. その他()								
治療効果見込み		(前向きなコメントをお願いします。 例 生命維持が可能となる。QOLが保たれる。等)								
医療期間		入院	月間		日間		通院	月間		日間
医療開始予定日		令和 年 月 日				医療費概算額 (内訳別紙)		円		
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 指定自立支援 医療機関名 所在地・電話番号 担当医師名 印										
京都府家庭支援総合センター記入欄										
自立支援医療(更生医療)適用 可 ・ 否										
令和 年 月 日 審査医 印										