

(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		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										