

自立支援医療〔更生医療〕意見書（腎臓）

受付番号 内				受付日 平成 年 月 日			
フリガナ				身 体 障 害 者 手 帳	有	申請中	
氏名					障害等級	種 級	
明・大・昭・平	年	月	日生		交付日	年 月 日	
居住地					手帳番号	県第 号	
				障害名 によるじん臓機能障害			
1 原因疾患名 _____ 発症時期 昭・平 年 月 日							
2 腎不全 発症時期 昭・平 年 月 日							
3 透析導入（予定）日 昭・平 年 月 日							
4 治療の経過及び現症（※更新の場合は、前回給付を受けた期間と現症を記入）							
5 検査（検査日 年 月 日） ※新規の場合は透析導入前の検査値を、更新の場合は申請時直近の透析前値を、いずれの場合も全項目記入し、検査不能の場合はその旨を記入。							
血清クレアチニン	mg/dl	血清 Na	mEq/l	ヘマトクリット値	%	血圧 / mmHg	
血清尿素窒素	mg/dl	血清 K	mEq/l	ヘモグロビン	g/dl	心胸比 %	
血清尿酸	mg/dl	血清 P	mg/dl	24 時間尿量	ml/日	身長 cm	
血清総蛋白	g/dl	血清 Ca	mg/dl	蛋白（定量）	g/dl	体重 kg	
6 臨床症状及び所見							
ア 中枢神経症状	有 ・ 無			オ 浮腫	有 ・ 無		
イ 消化器症状	有 ・ 無			カ 合併症 有（ ）	・ 無		
ウ 呼吸器症状	有 ・ 無			キ 眼底			
エ 出血傾向	有 ・ 無			ク ECG			
ケ その他特記事項							
7 医療の具体的方針 ア 人工透析 イ CAPD ウ 腎移植の予定（有 ・ 無） エ 免疫抑制療法 オ その他（ ）				8 医療所見 ア 永続的な透析治療が必要 イ 透析から離脱できる ウ その他 []			

9 治療期間
 年 月 日～ 年 月 日

(入院 月 日～ 月 日)
 (手術 月 日)
 (通院 月 日～ 月 日)

10 概算額

治療期間中の総額 を記入すること	手術	円
	投薬注射	円
	処置	円
	検査	円
	基本診療	円
	血液透析	円
	CAPD	円
	入院	円
	通院	円
	その他	円
計	円	

上記のとおり意見します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名 印

障害者総合支援法第 59 条による指定自立支援医療機関指定申請書に記載された「主として担当する医師」が記入して下さい(連名可)。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定	自立支援医療〔更生医療〕 適 ・ 否	
	否の理由	
平成 年 月 日		
三重県障害者相談支援センター		
医師氏名		印