

(更様式3)

自立支援医療（更生医療）内容意見書（腎臓疾患用）

記載方法

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ <input type="checkbox"/>		○で囲む。	
フリガナ氏名	性別 男・女	生年月日	内容変更の場合は、何の内容変更か記入する。
住所： 術前等級・現等級		最も可能性の高い原傷病名を記入する。 慢性腎不全ではなく、糖尿病性腎症、慢性腎炎など。	
障がい名：腎臓機能障害 級（有・申請中）		原傷病名：	
透析導入年月日： 年 月 日			
現病歴および治療経過・現症（入院の場合は、入院の必要な病歴、導入時の所見を記入する。）		新規の場合、透析療法を必要とする病歴、導入時の所見を記入する。	
医療の具体的方針		血液透析（週 回） 腹膜透析（1日 回の透析液） 併用（血液透析 週 回 + 腹膜透析 週 日） 腎移植術（生体・献腎） 免疫抑制療法 腎生検 その他	
医療効果見込		○で囲む、数字を記入する。	
手術予定日	年 月 日	治療後における障がいの回復状況の見込みを記入する。	
医療予定期間	入院： 年 月 日 通院： 年 月 日	(例) 障がいの症状の軽減・身体機能の代償、改善・ADLの維持など。	
検査結果	検査日	年 月 日	給付期間は、入院・通院合わせて1年まで。
	血清尿素窒素	mg/dl	1日尿量、体重、合併症（ ） ・透析療法導入前のものか、透析継続中の者は、直近の透析前の数値を、手術の場合は手術を決定した時点の数値を記入する。 ・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する。（未測定、等）
	血清クレアチニン値	mg/dl	
	ヘマトクリット値	%	
心胸比	%		
医療費概算額	区分	金額（円）	備考
	手術・透析		基本診
	投薬・注射		入院
	処置		
	検査		
合計		円	・更生医療と並行して行う合併症などの治療に係る医療費については給付の対象とならないので、概算額には含めないこと。 ・入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は概算額に記入しないこと。
年 月 日			
指定自立支援医療機関の名称・所在地 主として担当する医師			
障害者総合支援法第59条第1項の規定による医療機関、主として担当する医師は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師が作成者であること。 (手帳診断書作成が可能な医師とは違うので要注意)			
審査欄	* 下欄は障がい福祉・精神保健相談所の審査医師が 上記自立支援医療（更生医療）は、（適） 年 月 日 福井県障がい福祉・精神保健相談所 審査		