

自立支援医療(更生医療)意見書 (じん臓機能障害)

氏名			性別	男・女	M T S H	年	月	日生
住所					身体障害者手帳	種 級		
病名			発病	M T S H 年 月 日頃				
現 症	主要尿毒症		検査成績 (透析導入・透析前)					
	胸写所見		ア 内因性クレアチンクリアランス値		ml/分			
	血圧 / mmHg		イ 血清クレアチニン濃度		(mg/dl)			
医療の 具体的 方針	1. 血液透析 週 回		治療効果の見込み					
	2. その他 (シャント作成術等記入)		入院が必要な理由 (具体的な症状など)					
入院年月日	年 月 日		手術予定日	年 月 日				
治療 見込期間	入院治療期間		日間	通算				日
	通院治療回数並びに期間		回	日間	か月			
	訪問看護予定回数並びに期間		回	日間	か月			
医療費 概算 額	手術	円	検査	円				
	投薬	円	基本診療	円				
	注射	円	入院	円				
	処置	円	移送費	円				
	訪問看護費	円	その他	円				
	合計	円						
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費		円	移送費		円		
	通院医療費		円	計		円		
	訪問看護費		円					
指定 医療 機関	病院 診療所	平成 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名 印						
	薬局	薬局名 所在地 薬剤師名 印						
	訪問看護 事業者	訪問看護事業所名 所在地 代表者名 印						

* 裏面の記入要領と併せて両面印刷し使用してください。

じん臓機能障害意見書記入要領

① 現 症

主要尿毒症や胸写所見は具体的な症状（倦怠感、心拡大、CTR値など）を記入してください。
血圧・血清クレアチニン濃度・血清尿素窒素濃度は必ず記入してください。

② 医療の具体的方針

血液透析の場合

1. 血液透析 に○をして回数を記入してください。

血液透析以外の場合

2. その他 に○をして具体的な内容（腹膜透析・シャント形成術、抗免疫療法など）を記入してください。

③ 治療効果の見込み

治療による効果を具体的に記入してください。

（記入例）

尿毒症症状が改善し、社会生活が可能となる。

④ 入院が必要な理由

1日の入院でも入院理由の記入は必要です。入院理由は具体的に記入してください

（記入例）

- ・尿毒症悪化により入院の可能性があるため
- ・シャント閉塞などによる入院加療の見込みがあるため
- ・肺炎の治療のため
- ・脳梗塞後遺症による麻痺のため自宅での生活が困難なため
- ・家族による病院への送迎ができないため など

⑤ 治療見込み期間

入院、外来あわせて最長1年までです。1ヶ月は30日で換算してください。

⑥ 医療費概算額

（下記の基準で算定してください）

手術	腎移植術、シャント作成などの手術代、表面麻酔代
投薬/注射	抗免疫剤、腹膜透析薬剤など * 原疾患（糖尿病性腎症、嚢胞腎、SLEなど）や合併症（骨粗鬆症、皮膚掻痒症、腰痛、貧血、水分電解質異常、高血圧、二次性副甲状腺機能亢進症など）の治療に必要な薬剤は更生医療給付対象外です。
処置	人工腎臓、腹膜灌流
検査	更生医療の対象となる手術、透析や抗免疫療法にかかる検査費用
基本診療	初診・再診料
入院費	入院理由が更生医療に該当する場合のみ記入してください。

⑦ 医療等に要する費用の見込額

入院と外来の医療費をそれぞれ記入してください。合計は見込み額と同額となります。
入院理由が更生医療の対象とならない場合、入院費は計上出来ませんが入院期間中の透析など（更生医療の対象となるもの）については請求可能です。