

<様式 更2>

## 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                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 生年月日                          | M・T・S・H 年 月 日（ 歳）                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 住 所                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 原傷病名                          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 現 症<br>及び<br>検査値              | 新規・・・透析導入前の検査値      導入以外・・・直近の透析前値<br>・クレアチニンクリアランス値（                  ml／分 ・ 測定不能 ）<br>・血清クレアチニン濃度 （                  mg／dl ）<br>・血清尿素窒素濃度（                  mg／dl ）・24時間尿量（                  ml／日 ）<br>・ヘマトクリット値（                  ％ ）・血清カリウム（                  mEq／l ） |
| 更生医療の<br>具体的方針                | 入院予定日（令和        年    月    日）<br>手術予定日（令和        年    月    日）<br>手術名：シャント造設術・カテーテル留置術<br>その他 （                                                  ）<br>更生医療適用開始予定日（令和        年    月    日）                                                                                    |
| 治療効果の<br>見 込 み                |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 治療見込み<br>期                  間 | 入院                  ケ月                  通院                  ケ月                                                                                                                                                                                                            |
| 医療費概算額<br>（食費を除く）             |                                                                                                                                                                                                                                                                           |

上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します 令和 年 月 日

指定医療機関名及び所在地

医師氏名 (意見書作成)

科 名

医師氏名 (指定医療機関届出)