

(様式3-1号)

更生医療要否意見書 (じん臓機能障害)

区 分	・ 新 規 ・ 再 認 定 ・ 変 更 (医療内容・医療機関・入通院)		
氏 名	男 女 (歳)	住 所	
生年月日	明大昭平 年 月 日		
障 害 名	腎 臓 機 能 障 害	身体障害者手帳 級	健康保険の種別
原 傷 病 名		昭・平 年 月 日交付	
初診年月日	昭・平 年 月 日	(申請中)	
現 症	◎ 検査成績 (検査日: 年 月 日) 血清トリウム (mEq/l) 血清総蛋白量 (g/dl) 血清カリウム (mEq/l) ハトクリット値 (%) 血清尿素窒素 (mg/dl) 血清リン (mg/dl) 血清クレアチニン (mg/dl) 血清カルシウム (mg/dl) ◎ その他参考となる所見 (入院の場合は必ず入院理由を記載してください。) ◎ 医療機関の変更 (有 ・ 無) ・ 変更前の医療機関名: ・ 変更理由:		
	医 療 の 具 体 的 方 針	◎ 更生医療の内容 (レ印でチェックしてください。)	
<input type="checkbox"/> 血液透析 (回数 /週)		医療概算額	金 額 (円)
<input type="checkbox"/> 腹膜透析 (回数 /日)		手 術	備 考
<input type="checkbox"/> 血液透析をするためのシャント設置 (形成) 術		診 察	
<input type="checkbox"/> 腹膜透析用留置カテーテル装着 (設置) 術		検 査	
<input type="checkbox"/> シャント部分の炎症, 血栓に対する治療		投薬・注射	
<input type="checkbox"/> 腎移植術		透析・処置	
<input type="checkbox"/> 腎移植術後の抗免疫療法		入 院	
<input type="checkbox"/> 移植腎不適応のための腎臓摘出術		そ の 他	
◎ 手術名 () 手術予定日 (年 月 日)		合 計	
(参考) <input type="checkbox"/> 透析 (開始・予定) 年 月 日	(注) 1か月間の必要額を記載。1か月未満と腎移植術等の場合は診療見込期間の額を記載する。		
<input type="checkbox"/> 腎移植術年月日 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 薬局名 ()			
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション名 ()			
診療見込期間	入 院	年 月 日から 年 月 日	か月間 (日間)
	通 院	年 月 日から 年 月 日	か月間 (日間)
治療効果見込	年 月 日		
	指定医療機関所在地 電 話 番 号 名 称 主として担当する医師		
※要否判定 (更生相談所の嘱託医が記入します。)		嘱託医判定日	年 月 日
要 ・ 否	詮	(否の理由)	

※ 更生医療適用見込期間は, 入院3か月以内, 通院1年以内となります。

(入院, 通院は別々に作成してください。)