

自立支援医療（更生医療）要否意見書
（じん臓機能障害用）

氏 名			生年 月 日	年 月 日生 歳	
住 所					
職 業	現・元		保険	有・無 保険	
原傷病名					
現 症	臨床症状（かつこ内の該当するものを○で囲んでください。）				
	1 体液貯留 （全身性浮腫、高度の低蛋白症、肺水腫）				
	2 体液異常 （管理不能の電解質・酸塩基平衡異常）				
	3 消化器症状 （悪心、嘔吐、食欲不振、下痢）				
	4 循環器症状 （重篤な高血圧、心不全、心包炎）				
	5 神経症状 （中枢・末梢神経障害、精神障害）				
	6 血液異常 （高度の貧血症状、出血傾向）				
	7 視力障害 （尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症）				
	検査成績（透析直前）				
	血清尿素窒素値 mg/dl 血清総蛋白量 g/dl				
血清クレアチニン値 mg/dl 血色素 g/dl					
血清尿酸値 mg/dl 赤血球数 × 10 ⁴ /mm ³					
血清ナトリウム値 mEq/L ヘマトクリット値 %					
血清カリウム値 mEq/L 1日尿量 ml					
自立支援医療の要否		必 要 ・ 不 要			
医 療 の 具 体 的 方 針					
医 療 開 始 予 定		年 月 日		指定医療機関	
入 院 日 数		日		通 院 日 数	月 回（週 回）
医 療 費 概 算 額		入院（総額） 円		通院（月額） 円	
治 療 効 果 見 込 み		※ここへ効果見こみを具体的に記入願います。			
術前の等級 級	術後の等級 級				
意見書作成年月日 年 月 日					
医療機関名					
医 師 名 印					