

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		男女	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	術後の等級				
級	級				
意見書作成年月日			年 月 日		
医療機関名					
医師名			印		