

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(かっ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、食思不振、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(透析前値)				
	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	$\times 10^4$ /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	日(週回)
医療費概算額	入院(総額) 円		外来(月額) 円		
治療効果見込み	※ ここへ効果見込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		
			医師氏名		
			印		