

(様式例)

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		男 女	大正 昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)	
住所	京都府				
原傷病名				人工透析導入日・腎移植日	年 月 日
現症 及び 障害状況	(血清クレアチニン値8.0mg以下での導入の場合、症状その他導入にいたる経過を詳しく記入のこと)				
	血清クレアチニン	mg/dl	Ht	%	
	// 尿素窒素	mg/dl	心胸比	%	
	// 尿酸	mg/dl	血圧	/	mmHg
	// Na	mEq/l	尿量		ml/日
	// K	mEq/l			
医療の具体的 方針及び内容	1. 血液透析 回・時間/週 2. CAPD 3. 腎移植 手術予定日 令和 年 月 日 4. 腎移植後抗免疫療法 5. その他( )				
治療効果見込み	(前向きなコメントをお願いします。例 生命維持が可能となる。QOLが保たれる。等)				
医療期間	入院	月間	日間	通院	月間 日間
医療開始予定日	令和 年 月 日	医療費概算額 (内訳別紙)		円	
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地・電話番号 担当医師名 印					
京都府家庭支援総合センター記入欄 自立支援医療(更生医療)適用 可・否 令和 年 月 日 審査医 印					