

自立支援医療（更生医療）意見書及び診断書（腎臓機能障害）

腎		新規		変更		免疫			
氏名		生年月日		年 月 日生					
住所									
障害名		原疾患名							
透析療法を必要とする病歴（新規のみ記入）									
初診診察日		年 月 日		透析導入日		年 月 日			
医療予定期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		入院 ヶ月間		通院 ヶ月間			
入院年月日 年 月 日		入院を必要とする理由（入院期間のある場合は、必ず理由を記入すること）							
合併症		有（ ）				無			
医療の具体的方針									
検査成績 （最近の検査値） 年 月 日 現在		尿素窒素		mg/dl	ヘマトクリット		%		
		クレアチニン		mg/dl	心胸比		%		
		尿酸		mg/dl	体重		kg		
		ナトリウム		mEq/L	尿量		ml/日		
		カリウム		mEq/L	心電図所見				
		カルシウム		mg/dl					
		無機リン		mg/dl					
		総蛋白		g/dl					
医療費概算額（食事療養費除く）									
手術		円	検査		円				
注射・投薬		円	基本診療		円				
処置		円	入院（ ）		円				
透析		円	透析頻度 回/週		透析時間 時間/回				
			夜間透析（有 無）						
医療費概算合計額							円		
上記のとおり診断し、医療費を概算します。									
令和 年 月 日		指定自立支援医療機関名							
		主として担当する医師名							