

## 自立支援医療(更生医療)意見書

(じん臓機能障害用)

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 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 $\times 10^4 / \text{mm}^3$ 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				