

自立支援医療（更生医療）意見書（人工透析用）

年 月 日

市町村長 殿

指定自立支援医療機関 所在地

名称

自立支援医療を主として

担当する医師氏名（指定医師）

印

次の者に対する自立支援医療（更生医療）意見書を提出します。

氏名 生年月日	男 ・ 女	住所	
身体障害者手帳 障害名・等級			級
原・傷病名			
現症 および 治療経過			
透析導入年月日	年	月	日
検査成績	(新規の場合は透析療法導入前の検査値を、再認定の場合には申請時直近の透析前値を記入すること。)		
	血清ナトリウム値	mEq/l	血清総タンパク質 g/dl
	血清カリウム値	mEq/l	ヘマトクリット値 %
	血清尿素窒素値	mg/dl	1日尿量 ml
	血清クレアチニン値	mg/dl	体重 kg
	血清尿酸値		(検査年月日 年 月 日)
自立支援医療 (更生医療)の 具体的方針	入院予定日 年 月 日	手術予定日 年 月 日	(入院を必要とする理由: )
合併症の有無	有 ( ) ・ 無		
入院及び通院 を必要とする 日数	入院 カ月 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	通院 カ月 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
備考			

※ 診断のガイドラインに準拠した形で記載すること。

※ 具体的方針の欄は、手術（療法）の目的（軽減・除去する障害）と具体的内容を記載すること。

※ 記入しきれない場合やその他参考となる資料がある場合は、別紙（任意様式）に記載し、添付すること。

(裏面)

自立支援医療（更生医療）医療費概算額明細書（人工透析用）

氏名	金額		内 訳	備 考
	入 院	通 院		
透 析	円	円	週 回 1回あたり 透析器の面積 時間施行 m <sup>2</sup>	
手 術			手術名	
投薬・注射			薬品名	
処 置			処置名	
検 査			検査名	
基本及び 特掲診療				
ギプス				
後 療 法				
概算額	円	円	合 計	円

※治療見込み期間が3ヵ月以内の場合は、その期間の医療費概算額及び内訳を、3ヵ月を超える場合には、1ヵ月あたりの医療費概算額及び内訳を記載すること。