

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		判定区分	新規・再認定・内容変更・期間延長
原傷病名		手帳等級	種 級
身長	cm	体重	kg
現症	検査成績 (透析導入前・透析前値) いずれかに○	検査年月日 ( ) 血圧 / mmHg 血清尿素窒素値 mg/dl ヘマトクリット値 % 血清クレアチニン値 mg/dl 一日尿量 ml 透析前と透析後の体重差 g	
	更生医療対象のみを記載 1か月の金額	① 血液透析 週 回 透析開始日 ( 年 月 日 ) ② 腹膜灌流 週 回 ③ その他(更生医療対象のもの) (例)シャント狭窄による血栓除去と再建など	治療見込期間 ① 入院治療期間 日 ② 通院治療期間 か月 ③ 訪問看護(腹膜灌流のみ) 回/週・か月 ※入院、訪問看護とも3か月まで(透析導入は2か月まで)
項目	内 容		金 額
手術	手術名 ( ) ・手術(予定)日 ( )		
投薬注射	透析・抗免疫療法に要する薬剤 ( )		
処置	腹膜灌流 血液透析		
診察検査			
入院(注)	シャント造設術・シャントトラブル(血栓除去術・再建術) 透析導入・腎移植術・移植腎評価(腎生検)		
合計			
備考	合併症での入院治療費は更生医療での対象外です。入院費の記載はできません。 透析導入の入院を除き、血液透析は通院扱いとしています。(上記手術での入院は可)		
上記のとおりである。			
令和 年 月 日			
指定医療機関名			
所在地			
医師名 印			

- ※ 1ヵ月間の医療費概算額(更生医療適用分のみ)を記載してください。但し、見込期間が1ヵ月未満・腎移植術・同摘出術については、その予定期間を明示し、その期間の医療費を記載のこと。
- ※ 指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対して支給決定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。(指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程(平成18年2月28日厚生労働省告示第65号)第6条)
- ※ 身体障害者手帳取得前、及び更生医療の申請日(市町受付日)以前に行われた医療は更生医療の対象外です。申請者への指導をお願いします。