様式2号-4(2)

自立支援医療(更生医療)要否意見書 腎臓機能障害用：透析再認定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 |  　　　 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | 治療形態 | 通院・入院（外来扱い） |
| 原因疾患 |  | 腎臓機能障害発症時期 | 年　　月頃・不詳 |
| 医療の具体的方針

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 血液透析　　 1回 　　 時間 × 週 　　 　回 | (実施・中止) | 　年 　 月 　 日 |
| □ 腹膜透析　　 院外処方（ 有 ・ 無 ） | (実施・中止) | 　年 　 月　　日 |
| □ 抗免疫療法　　 | (実施・中止) | 　年 　 月　　日 |
| 臨床症状（腎不全に基づくもの） |  |
| □ 消化器症状［ 食欲不振・悪心 ］ | □ 体液の異常［ 全身浮腫・肺水腫・酸塩基平衡異常 ］ |
| □ 血液の異常［ 高度の貧血・出血傾向 ］ | □ 循環器症状［ 重篤な高血圧・心不全・心包炎 ］ |
| □ 尿　所　見 [ 無尿・乏尿・多尿 ] | □ 骨ミネラル代謝異常 [ 高リン血症・異所性石灰化 ] |
| □ 合併症等［ 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　] |
| 治療概要　※ 変動あり・入院（外来扱い）の場合は，理由等を具体的に記載。 |
| * 経過良好　　□ 変動あり・入院（外来扱い）
 |
|  |
|  |
|  |
|  |

概算額算出表 　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円） 　検査数値 （最新：　 　月　 　日） |
|  | 内　訳 | 第1月 | 第2月 | 第3月 |  | 内　訳 |  |  |
|  | 基本診療（再診料） |  |  |  |  | 血清クレアチニン濃度（mg/dl) |  |  |
|  | 血液透析 | 処置（透析） |  |  |  |  | ヘモグロビン値（g/dl） |  |  |
|  | 医学管理料 |  |  |  |  | 血 圧（㎜Hg) |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 血清尿素窒素（mg/dl) |  |  |
|  | 腹膜透析 | 腹膜透析液等 |  |  |  | 概算額算出表 |  |  |
|  | 検査料（血液・X-P） |  |  |  | ･ 円単位で記入してください。･ 原疾患や合併症等の治療（薬剤等）は，更生医療の対象外です。･ 血液透析の検査料（血液・X-P等）は，慢性透析医学管理料に含まれます。･ 腹膜透析液等を院外処方とする場合も，費用を記入してください。･ その他の事項があれば，具体的内容を記入のうえ，計上してください。･ 3か月の概算で1年間を判定します。 |
|  | 医学管理料 |  |  |  |
|  | その他 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 小　計 |  |  |  |
|  | 3か月の合計 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
|  |

上記のとおり診断しました。　　　　　　　　年　　　月　　　日

指定自立支援医療機関（更生医療）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

指定医師氏名