様式2号-4(1)①

自立支援医療(更生医療)要否意見書 腎臓機能障害用

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1 新規　2 変更　3 再認定 |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　 　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 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（新規・再認定） |  |
| □ 血液透析　1回　 　時間 × 週 　 　回 | (予定・実施・中止) | 　 年　　 月 　　日 |
| □ 腹膜透析 | (予定・実施・中止) | 　 年　　 月 　　日 |
| □ 抗免疫療法 | (予定・実施・中止) | 　 年　　 月 　　日 |
| □ その他：  | (予定・実施・中止) | 　 年　　 月 　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後の医療方針（変更） | 具体的な内容（開始日，回数など） |
| □ 腎移植術 　 | □ 抗免疫療法 |  |
| □ 血液透析 　 | □ 腹膜透析 |  |
| □ 腎生検 | □ ＶＡ（シャント） |  |
| □ その他： |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査数値 | 導入前 最新日　 　 　　　　導入前 最新日 |

 |
|  | 検査項目　　　　 検査日 | 月 　日 | 月 　日 | 検査項目　検査日 | 月 　日 | 月 　日 |  |
| 血清クレアチニン濃度（mg/dl） |  |  | 尿蛋白 |  |  |
| ヘモグロビン値（g/dl） |  |  | 尿糖 |  |  |
| 血圧（㎜Hg） | / | / | 尿潜血 |  |  |
| 血清尿素窒素（mg/dl） |  |  |  |  |  |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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［ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　] |

|  |
| --- |
| 治療経過概要（病歴，治療，医療方針の変更を要する症状など） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |
|  |

※　該当項目に☑･○を入れ，必要事項を記入してください。治療経過概要は，できる限り詳細に記入してください。

様式2号-4(1)②

自立支援医療(更生医療)費概算額算出表　腎臓機能障害用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 年　齢 | 　　　　　　　　歳 |
| 手　 術 　名 |  |
| 診療見込期間 | 入院 | 自　　　月　　　日 | 入院外 | 自　　　月　　　日 |
| 至　　　月　　　日 | 至　　　月　　　日 |
| 内　　　　訳 | 第１月 | 第２月 | 第３月 | 第４月 | 第５月 | 第６月 | 合　計 |
| 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 |
| 処置 | 透析等（術後処理を含む） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査 | Ｘ-Ｐ |  |  |  |  |  |  |  |
| 血液検査等 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 投薬 | 院外処方（有・無） |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬品料 |  |  |  |  |  |  |  |
| 薬品名： |  |  |  |  |  |  |  |
| 注射 | 注射料 |  |  |  |  |  |  |  |
| 注射名： |  |  |  |  |  |  |  |
| 手術 | ＶＡ（シャント）造設術等 |  |  |  |  |  |  |  |
| 腎臓移植術 |  |  |  |  |  |  |  |
| 基本診療（初診・再診料） |  |  |  |  |  |  |  |
| 入院料 |  |  |  |  |  |  |  |
| その他 | 透析患者医学管理料 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  | 円 |

* 原疾患や合併症等の治療（投薬・注射等）は，更生医療の対象外です。

投薬や注射がある場合は，具体的に薬品名等を記入してください。（例：抗免疫療法で使用する免疫抑制剤名）

* そのほか意見書作成上の留意事項を参考に，計上してください。

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

意見書作成上の留意事項（腎臓機能障害用）

* 更生医療は事前申請のため、該当する可能性がある場合は、速やかに意見書を提出してください。

１　原因疾患

慢性腎不全等を招来した原疾患名を記入してください。

　　　例）糖尿病性腎症、腎硬化症、ネフローゼ症候群、嚢胞腎、全身性エリテマトーデス 等

２　医療の治療方針

透析療法や腎移植術後の抗免疫療法について、実施状況を記入してください。

例）透析の場合：血液透析や腹膜透析の導入日、実施状況等

入院の場合：腎生検、ＶＡ（シャント）再建術、腎移植術 等

治療経過概要に、入院の経緯や必要性等について記入してください。

　　　㊟ 透析療法や腎移植後の抗免疫療法に直結しない“原疾患（糖尿病性腎症，嚢胞腎等）や

合併症（腎性貧血，二次性副甲状腺機能亢進症等）“の治療は、更生医療の対象外です。

３　変更後の医療方針

　　　変更申請をする場合は、変更後の医療方針を記入してください。

例）腹膜透析から血液透析に移行、抗免疫療法に血液透析を併用、腎生検の実施 等

４　検査数値

新　規：透析療法の導入前後の最新のデータを記入してください。

その他：通院の場合は、最新データを記入してください。

　　　　　　　入院の場合は、導入直前と最新のデータを記入してください。

　㊟ 透析療法の方は、透析前の検査データを記入してください。

５　治療概要　（下記の記載例を参照）

慢性腎不全になって、透析療法等の導入に至った経過を簡明に記入してください。

例1： H30年から慢性糸球体腎炎を加療するが、徐々に腎機能低下。R3年には血清クレアチニン

10㎎/dlを示し、嘔吐・全身浮腫のためR3年○月○日血液透析を導入。以後透析継続中。

例2： R2年頃から糖尿病を治療するが、徐々に腎機能低下。R3年8月8日血液透析を導入。

R4年1月10日夫をドナーとした生体腎移植術、抗免疫療法中。

６　医療費概算額（単位：円）

新　規：見込み額または前月の額を参考に記入してください。

変　更：入院月については、概ね必要とする期間と概算額を記入してください。

　　　　　期間が限定される場合は、その期間のみの概算額を記入してください。

再認定：前月の額を参考に、再認定の開始月から3か月分を記入してください。

㊟ １か月の医療費が50万円を越える場合は、明細書等を提出していただくことがあります。

７　再認定の様式（透析療法専用）

透析療法の方で、前回と医療内容に変更がない場合は、様式2号-4(2)を使用してください。

㊟ 医学管理料は，血液透析（慢性維持透析患者外来医学管理料等）や腹膜透析（在宅自己腹膜

透析還流指導管理料等）で異なります。

㊟ 血液透析の休日加算等は，その他に具体的内容を記入し，計上してください。