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