

(更様式3)

自立支援医療（更生医療）内容意見書（腎臓疾患用）

申請の区分： 新規 ・ 継続（期間延長） ・ 内容変更（ ）						
フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 歳		
住 所：				電話：		
障がい名：腎臓機能障害		級（有・申請中）	原傷病名：			
透析導入年月日：		年 月 日				
現病歴および治療経過・現症（入院の場合は、入院の必要な理由と、退院の目途を書いてください）						
医療の 具体的方針	血液透析（週 回）		腹膜透析（1日 回の透析液）			
	併用（血液透析 週 回 + 腹膜透析 週 日）					
	腎移植術（生体・献腎）		免疫抑制療法	腎生検	その他（ ）	
医療効果見込						術後等級見込 級
手術予定日	年 月 日					
医療予定期間	入院：	年 月 日	～	年 月 日		
	通院：	年 月 日	～	年 月 日		
検査結果	検査日	年 月 日				
	血清尿素窒素	mg/dl	1日尿量	ml		
	血清クレアチニン値	mg/dl	身長	cm		
	ヘマトクリット値	%	体重	kg		
	心胸比	%	合併症	無・有（ ）		
医療費概算額	区分	金額（円）	備考	区分	金額（円）	備考
	手術・透析			基本診療		
	投薬・注射			入院		
	処置					
	検査					
	合計		円			
年 月 日						
指定自立支援医療機関 の名称・所在地 主として担当する医師 科						

* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

審査欄	上記自立支援医療（更生医療）は、（適 当 ・ 不 適 当）と判定します。
	年 月 日
	福井県総合福祉相談所 審査医師