

自立支援医療（更生医療）意見書

腎臓機能障害

フリガナ			年齢	歳	大正 昭和 平成	年	月	日生
氏名								
住所								
原傷病名								
障害の種類	腎臓機能障害		重度かつ継続		該当			
申請区分 (該当するものに ○をつける)	1 新規 (再申請を含む) 2 継続 3 治療方針の変更							
医療開始状況 (該当するものに ○をつける)	1 人工透析療法		[ 血液透析療法 腹膜透析療法 ]		※開始日不明の場合は、貴院での透析開始日を記入してください 年 月開始			
	2 腎移植術		年 月 日 実施					
現 症	※入院理由・経過・現在の状況等について記入してください。							
	現在行っている医療		※人工透析療法の場合は、現在の治療法について○をつけてください。					
	人工透析療法：（血液透析療法（ 回/週）・腹膜透析療法）							
医療の 具体的方針 (該当するものに ○をつける)	1 人工透析療法：（血液透析療法（ 回/週）・腹膜透析療法） 2 腎移植術 3 腎移植術後の抗免疫療法 4 その他（ ）							
治療後における 障害の回復・ 効果見込み								
更生医療 開始予定日	令和	年	月	日	手術予定日	令和	年	月 日
更生医療 見込期間	※該当するものに○をつけてください。 入院・通院			※入院に関しては、おおむね90日以内で記入してください。 日間（ 回）				
医療費等 概算額	手術	円	基本診察	円				
	投薬注射	円	入院	円				
	処置	円	その他	円				
	検査	円	合計	円				
上記のとおり診断し、その医療費等を概算いたします。								
令和 年 月 日								
指定自立支援医療機関名								
住所								
電話番号								
医師氏名								

※この意見書は、腎臓機能障害で使用してください。

※申請区分について、過去に更生医療を利用していたが、更生医療中止後、再申請される場合は「1 新規」としてください。

※訂正される場合は、必ず訂正箇所に訂正印をお願いします。