

更生医療要否意見書(じん臓機能障害用)

氏名		生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	
現住所					
障害名	じん臓機能障害	等級	健康保険の種類		
原傷病名					
初診年月日	年 月 日		年 月 日交付 申請中	記号 番号 【 】	
現 症	血圧	/	mmHg	検査成績(透析導入前、透析導入)	
	眼底			ア 内因性クレアチニン クリアランス値	
	主要尿毒症症状			イ 血清クレアチニン濃度	
	胸写所見			ウ eGFR(推算糸球体濾過量)	
	心胸廓比	%		エ 血清尿素窒素濃度	
	心電図所見			オ 24時間尿量	
				カ ヘマトクリット	
医 療 の 具 体 的 方 針	○ 腹膜灌流 (回数 /週 ヶ月間)	医療費概算		金額	
	○ 血液透析 (回数 /週 ヶ月間)	額算定表		入院1ヶ月	通院1ヶ月
	【参考】 透析等〔開始・予定〕 年 月 日	診 察 検 査			
	○入院治療を要する場合の具体的理由(疾患等) ※入院の場合は、必ず記載してください	投 薬 注 射			
		処 置 入 院			
		そ の 他			
		合 計			
	○訪問看護が必要な場合の具体的な理由	入 院 年 月 日			
		手 術 予 定 日			
		入 院		ヶ月	
	通 院		ヶ月		
	訪問看護予定回数並びに期間		回	日間 ヶ月	
※医療機関の変更(前医療機関名 年 月 日転院) (※同病院での変更も含む)(通院⇒入院 入院⇒通院 入院⇒入院 通院⇒通院) ※該当するものに○印で囲んでください					
令和 年 月 日					
指定医療機関所在地					
名 称					
主として担当する医師					