|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 腎 |  | | | | | | | | | | | | | | 新規 | | 変更 | 免疫 |
| 氏　　　名 | | 男・女 | | | | | | | | 生年月日 | | 年 　 月　 日生 | | | | | | |
| 住　　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害名 | |  | | | | | | 原疾患名 | | |  | | | | | | | |
| 透析療法を必要とする病歴 | | ※新規の申請の場合には必ずご記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初　診　日 | |  | 年　　 月　　 日 | | | 透析導入日 | | | | | |  | 年　　 月　　 日 | | | | | |
| 医療予定期間 | | 年 月 日～　　年 月 日 | | | | | | | | 入院　　 か月間 通院　　　 か月間 | | | | | | | | |
| 入院期間の必要性について | | ※入院期間の申請がある場合には、理由について必ずご記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合　併　症 | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | 無 | | |
| 医療の具体的方針 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査数値 | | **［検査日：　　　　年　　　月　　　日］**※最新の透析前の検査値でご記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 尿素窒素 | | | mg/dl | | | | ヘマトクリット | | | | | ％ | | | | |
| クレアチニン | | | mg/dl | | | | 心胸比 | | | | | ％ | | | | |
| 尿酸 | | | mg/dl | | | | 体重 | | | | | ㎏ | | | | |
| ナトリウム | | | mEg/L | | | | 尿量 | | | | | ml/日 | | | | |
| カリウム | | | mEg/L | | | | 心電図所見 | | | | |  | | | | |
| カルシウム | | | mg/dl | | | |  | | | | |  | | | | |
| 無機リン | | | mg/dl | | | |  | | | | |  | | | | |
| 総蛋白 | | | g/dl | | | |  | | | | |  | | | | |
| 医 療 費 概 算 額（食事療養費を除く）※１年間の概算額で各項目をご記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 透　　　析 | | 円 | | | | | 入院　　　　　か月間　通院　　　　　か月間 | | | | | | | | | | | |
| 透析頻度　　　　回／週 | | | | | | | | | | | |
| 手　　　術 | | 円 | | | | | 透析時間　　　時間／回 | | | | | | | | | | | |
| 注射　投薬 | | 円 | | | | | 夜間透析（ 有　・　無 ） | | | | | | | | | | | |
| 処　　　置 | | 円 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 診　　　療 | | 円 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 検　　　査 | | 円 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 医療費概算合計額　　　　　　　　　　　円 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 　 月 　 日 | | | | 指定医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医　師　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | |

**自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書**