|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**