

自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書

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 kg ナトリウム mEq/L 尿量 ml/日 カリウム mEq/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	
手 術	円	透析頻度 回/週				
注射 投薬	円	透析時間 時間/回				
処 置	円	夜間透析 (有 ・ 無)				
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。						
指定医療機関名						
年 月 日 医 師 氏 名 (印)						