

# 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	ヵ月間 通院	ヵ月間
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	ヵ月間 通院	ヵ月間
			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。				
指定医療機関名				
年 月 日	医師氏名			
	(印)			