

自立支援医療（更生医療）意見書（腎臓に関する医療用）

|      |                                                                                                   |      |     |                 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----------------|
| 1 初回 | ア 透析導入による新規申請<br>イ 腎移植の実施による新規申請<br>ウ 治療方針・形態の変更による新規申請<br>エ 保険種別変更による新規申請<br>オ 他都道府県からの転入による新規申請 | 2 継続 | 3 再 | 更生医療中止<br>後、再申請 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-----------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |     |   |   |    |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|---|---|----|-------------------------|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 男・女 | 年 | 月 | 日生 | 身体障害者手帳<br>じん臓機能障害<br>級 |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |     |   |   |    |                         |
| 障害名 腎機能障害（原病名）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |   |   |    |                         |
| 透析開始： 年 月 日      現在の透析法： HD, HDF, PD<br>腎移植術日： 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |     |   |   |    |                         |
| 現病歴概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |     |   |   |    |                         |
| 現症ならびに検査成績（導入申請では透析導入前のデータを、その他の申請では最新の透析前のデータを記入すること）                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |     |   |   |    |                         |
| 1 腎機能と尿所見<br>クレアチニンクリアランス _____ ml/分      ・ 測定不能      ・ 未測定<br>eGFR _____ ml/分/1.73m <sup>2</sup> ← 測定不能の場合は eGFR を記入すること<br>24時間尿量 _____ ml/日<br>尿所見：蛋白 _____ g/日      糖 _____ g/日<br>赤血球 _____      白血球 _____      円柱 _____                                                                                                 |  |     |   |   |    |                         |
| 2 血清（漿）生化学的所見（透析終了後 _____ 日後）<br>尿素窒素 _____ mg/dl      クレアチニン _____ mg/dl<br>尿酸 _____ mg/dl<br>ナトリウム _____ mEq/l      無機リン _____ mg/dl<br>カリウム _____ mEq/l      カルシウム _____ mg/dl, mEq/l<br>クロール _____ mEq/l      マグネシウム _____ mEq/l<br>PH _____      HCO <sub>3</sub> _____ mEq/l<br>総蛋白 _____ g/dl      アルブミン _____ %, g/dl |  |     |   |   |    |                         |
| 3 末梢血所見<br>赤血球数 _____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> ヘモグロビン _____ g/dl<br>ヘマトクリット _____ %      白血球 _____ /mm <sup>3</sup><br>血小板数 _____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                  |  |     |   |   |    |                         |
| 4 血圧 _____ / _____      身長 _____ cm      体重 _____ kg                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |     |   |   |    |                         |

|                                                                  |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
|------------------------------------------------------------------|----------|--------------|---------------|------------|-----------|-------------------|------------|----------|---------|----------|--|
| 5 その他の検査所見                                                       |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| 胸部レ線                                                             |          |              | _____         |            |           | 心胸比               |            |          | _____ % |          |  |
| 心電図                                                              |          |              | _____         |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| 眼底所見                                                             |          |              | _____         |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| (糖尿病を合併する場合) 空腹時血糖                                               |          |              | _____ mg/dl,  |            |           | HbA <sub>1c</sub> |            |          | _____ % |          |  |
| 6 臨床症状 (有の場合はそれを裏づける所見を「 」の中に記入)                                 |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| 心包炎                                                              |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| 出血傾向                                                             |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| 中枢神経症状                                                           |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| 末梢神経症                                                            |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| 消化器症状                                                            |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| 体液過剰                                                             |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| 骨病変                                                              |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| 精神障害                                                             |          |              | (有 ・ 無)       |            |           | 「                 |            |          | 」       |          |  |
| その他腎不全に関する症状                                                     |          |              | 「             |            |           | 」                 |            |          | 」       |          |  |
| 7 活動性の障害程度                                                       |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| (1) 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。 |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| (2) 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。                 |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| (3) 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。                                   |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| 医 療 の 具 体 的 方 針                                                  |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| 医 療 の 期 間                                                        |          |              | 入院            |            |           | 月間<br>日間          |            | 通院       |         | 月間<br>日間 |  |
| 医 療 費 の 概 算 額                                                    |          |              | 円             |            |           | 円                 |            |          | 円       |          |  |
| 医療費<br>概算額<br>内 訳                                                | 手術料<br>円 | 投 薬<br>注射料 円 | 処 置 料<br>円    | 検 査 料<br>円 | 基本治療<br>円 | 入 院 料<br>円        | そ の 他<br>円 | 合 計<br>円 |         |          |  |
|                                                                  |          |              |               |            |           |                   |            |          |         |          |  |
| 更生医療予定年月日                                                        |          |              | 年 月 日 ~ 年 月 日 |            |           |                   |            |          |         |          |  |

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定医療機関名  
担 当 医 師 名