自立支援医療（更生医療）意見書（人工透析用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　水戸市長　様  　　　　　　　　　　　　　　指定自立支援医療機関所在地及び名称 | | | | | |
| 自立支援医療（更生医療）を主として  　　　　　　　　　　　　　　担当する医師氏名（指定医師） | | | | 印 | |
| 次の者に対する自立支援医療（更生医療）意見書を提出します。 | | | | | |
| 氏名  生年月日 | 男・女  　　　　　　　　　　年　　月　　日生 | | 住所 | |  |
| 身体障害者手帳障害名・等級 | 級 | | | | |
| 原・傷病名 |
| 現症及び治療経過 |  | | | | |
| 透析導入年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | | | |
| 検査成績 | (新規の場合は透析療法導入前の検査値を，再認定の場合には申請時直近の透析前値を記入すること。)  血清ナトリウム値　　　　　mEq／l　血清総タンパク質　　　　　g／dl  血清カリウム値　　　　　　　mEq／l　　ヘマトクリット値　　　　　　％  血清尿素窒素値　　　　　　　mg／dl　　1日尿量　　　　　　　　　　ml  血清クレアチニン値　　　　　mg／dl　　体重　　　　　　　　　　　　kg  血清尿酸値　　　　　　　　(検査年月日　　　　年　　　月　　　日) | | | | |
| 自立支援医療(更生医療)の具体的方針 | 入院予定日　　　年　　月　　日　　手術予定日　　　年　　月　　日  (入院を必要とする理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 合併症の有無 | 有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・　　無 | | | | |
| 入院及び通院を必要とする日数 | 入　　　か月  院　　　　日 | (　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日　) | | | |
| 通　　　か月  院　　　　日 | (　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日　) | | | |
| 備考 |  | | | | |

　　注１　診断のガイドラインに準拠した形で記載すること。

　　　２　具体的方針の欄は，手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載すること。

　　　３　記入しきれない場合やその他参考となる資料がある場合は，別紙(任意様式)に記載し，添付

　　　　すること。

自立支援医療（更生医療）医療費概算額明細書（人工透析用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | |
| 医療施行概要 | 金額 | | 内訳 | 備考 |
| 入院 | 通院 |
| 透析 | 円 | 円 | 週　　　　　　回  　1回当たり　　　　　　　時間施行  　透析器の面積　　　　　　　　m2 |  |
| 手術 |  |  | 手術名 |  |
| 投薬・注射 |  |  | 薬品名 |  |
| 処置 |  |  | 処置名 |  |
| 検査 |  |  | 検査名 |  |
| 基本及び特掲診療 |  |  |  |  |
| ギプス |  |  |  |  |
| 後療法 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 概算額 | 円 | 円 | 合計  円 |  |

　　注　治療見込み期間が３か月以内の場合はその期間の医療費概算額及び内訳を，３か月を超える場

　　　合は１か月当たりの医療費概算額及び内訳を記載すること。