

(様式3-1号)

更生医療要否意見書 (じん臓機能障害)

区分	・ 新規 ・ 再認定 ・ 変更 (医療内容・医療機関・入通院)		
氏名	男 女 (歳)	住所	
生年月日	明大昭平令 年 月 日		
障害名	腎臓機能障害	身体障害者手帳 級	健康保険の種別
原傷病名		昭・平・令 年 月 日	
初診年月日	昭・平・令 年 月 日	交付 (申請中)	
現症	◎ 検査成績 (検査日: 年 月 日) 血清ナトリウム (<i>mEq/l</i>) 血清総蛋白量 (<i>g/dl</i>) 血清カリウム (<i>mEq/l</i>) ヘマトクリット値 (%) 血清尿素窒素 (<i>mg/dl</i>) 血清リン (<i>mg/dl</i>) 血清クレアチニン (<i>mg/dl</i>) 血清カルシウム (<i>mg/dl</i>) ◎ その他参考となる所見 (入院の場合は必ず入院理由を記載してください。) ◎ 医療機関の変更 (有 ・ 無) ・ 変更前の医療機関名 : ・ 変更理由 :		
	医療の具体的方針	◎ 更生医療の内容 (レ印でチェックしてください) <input type="checkbox"/> 血液透析 (回数 /週) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 (回数 /日) <input type="checkbox"/> 血液透析をするためのシャント設置 (形成) 術 <input type="checkbox"/> 腹膜透析用留置カテーテル装着 (設置) 術 <input type="checkbox"/> シャント部分の炎症, 血栓に対する治療 <input type="checkbox"/> 腎移植術 <input type="checkbox"/> 腎移植術後の抗免疫療法 <input type="checkbox"/> 移植腎不適合のための腎臓摘出術 ◎ 手術名 () 手術予定日 (令和 年 月 日) (参考) <input type="checkbox"/> 透析 (開始・予定) 昭・平・令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 腎移植術年月日 昭・平・令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 薬局名 () <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション名 ()	医療概算額 金額 (円) 備考
診療見込期間	入院 通院	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	か月間 (日間)
治療効果見込	令和 年 月 日 指定医療機関所在地 電話番号 名称 主として担当する医師 (印)		
※要否判定 (更生相談所の嘱託医が記入します。)	嘱託医判定日	令和 年 月 日	
要 ・ 否	・	(否の理由)	

※ 更生医療適用見込期間は、入院3か月以内、通院1年以内となります。

(入院,通院は別々に作成してください。)