

自立支援医療（更生医療）意見書（人工透析・腎臓移植）

(1/2)

氏名	男・女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生	（ 歳）
住所						
原因疾患						
判定	1 初回	2 継続	3 再開			
（現症歴及び障害状況）						
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ください）						
1 腎機能と尿所見						
クレアチンクリアランス：				g/日		
24時間尿量		：		ml/日		
尿所見		：蛋白		mg/日		糖
		赤血球		白血球		円柱
						mg/日
2 血清生化学的所見						
尿素窒素		mg/dl		クレアチニン		mg/dl
尿酸		mg/dl		無機リン		mg/dl
ナトリウム		mEq/l		カルシウム		mg/dl
カリウム		mEq/l		マグネシウム		mg/dl
クロール		mEq/l		HCO ₃		mmol/l
pH						
総蛋白		g/dl		アルブミン		g/dl
3 末梢血所見						
赤血球		×10 ⁴ /μl		ヘモグロビン		g/dl
ヘマトクリット		%		白血球数		×10 ² /μl
血小板数		×10 ⁴ /μl				
4 血圧 / mmHg 身長 cm 体重 Kg						
5 その他所見						
胸部X-P：				心胸比：		%
心電図：						
眼底所見：						
空腹時血糖：		mg/dl				
HbA1c：		%				

6 臨床症状（「有」の場合はそれを裏づける所見を [] の中に記入してください。

- 心 包 炎（有・無） [_____]
- 出 血 傾 向（有・無） [_____]
- 中枢神経症状（有・無） [_____]
- 末梢神経症状（有・無） [_____]
- 消化器症状（有・無） [_____]
- 体 液 過 剰（有・無） [_____]
- 骨 病 変（有・無） [_____]
- 神 経 障 害（有・無） [_____]
- その他腎不全に関する症状 [_____]

7 活動性の障害の程度

- (1) 家庭内での普通の日常生活活動は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。
- (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。
- (3) 自己周辺の日常生活活動が著しく制限される。

自立支援医療 （更生医療）の 具体的な治療内容			
自立支援医療 （更生医療） 予定期間	入院	年 月 日～	年 月 日（ 力月 日）
	通院	年 月 日～	年 月 日（ 力月 日）
医療費概算額 （食費を除く）	入院	円	合計 円
	通院	円	
治療効果 見込み			

[自立支援医療（更生医療）機関名と主として担当（代表）する医師名]

年 月 日 医療機関の名称
 所 在 地
 自立支援医療（更生医療）を
 主として担当（代表）する
 医 師 名 印

※長野県立総合リハビリテーションセンター（身体障害者更生相談所）記入欄

自立支援医療（更生医療）適用 可・否
 年 月 日 医 師 印