

(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 生 年 月 日		大 昭 平 年 月 日（ 歳）		住 所	
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 日交付	
初 診 年 月 日		年 月 日		☐ 申請中	
現 症	◎ 検査成績（検査日： 年 月 日） 血清ナトリウム（ mEq/l ） 血清総蛋白量（ g/dl ） 血清カリウム（ mEq/l ） ヘマトクリット値（ %） 血清尿素窒素（ mg/dl ） 血清リン（ mg/dl ） 血清クレアチニン（ mg/dl ） 血清カルシウム（ mg/dl ） ◎ 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（ 無 ・ 有（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（ ☐ 印でチェックしてください。）		医療概算額	金 額（円）	備 考
	☐ 血液透析（回数 /週）		手 術		
	☐ 血液透析をするためのシャント設置（形成）術		診 察		
	☐ シャント部分の炎症，血栓に対する治療		検 査		
	☐ 腹膜透析（回数 /日）		投薬・注射		
	☐ 腹膜透析用留置カテーテル装着（設置）術		透析・処置		
	☐ 腹膜透析用カテーテル出口部感染に対する治療		入 院		
	☐ 腹膜透析中の腹膜炎に対する治療		そ の 他		
	☐ 腎移植術		合 計		
	☐ 腎移植術後の抗免疫療法		(注) 1か月間の必要額を記載。1か月未満と腎移植術等の場合は診療見込期間の額を記載する。		
☐ 腎移植術後の腎生検					
☐ 移植腎不適合のための腎臓摘出術					
◎ 手術名（ 年 月 日） 手術予定日（ 年 月 日） (参考)					
☐ 慢性維持透析開始日： 年 月 日					
☐ 腎移植術年月日： 年 月 日					
☐ 薬 局 名（ ）					
☐ 訪問看護ステーション名（ ）					
診 療 見 込 期 間		入 院	令和 年 月 日から 月 日	か月間（ 日間）	
		通 院	令和 年 月 日から 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 名 称 主として担当する医師					
※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。（令和3年4月1日から適用）