

<記入例>

更生医療(じん臓機能障害)意見書

「別紙3-2」

住所	住所、氏名、生年月日は正確に記入。	フリガナ	生年	明大昭平	年	月	日
		氏名	月日				
原傷病名	腎不全の原因となった疾患名(慢性糸球体腎炎、ネフローゼ症候群、腎硬化症、糖尿病性腎症、SLEその他原疾患病名を記入。						
障害名	腎臓機能障害と記入。						
更生医療	要 否	入院 ○ 日 通院 ○ 日	計 ○ 日 (最長1年以内)	治療効果見込み	有	無	
経過	該当箇所に○印を記入。			該当箇所に○印を記入。			
発症から医療機関での治療経過及び慢性腎不全と診断されてから人工透析に至る経過(シャント造設時の検査結果と症状等)、透析導入年月日等を記入。							
【透析導入年月日: 年 月 日】							
現症	1 腎機能に関するデータ(発行日に一番近いデータ BUN、Cre、Na、k、Cl、その他)を記入。 2 臨床症状						
診療の具体的方針	上記の治療見込み期間内(最長1年)の概算額総額を記入。			医療費概算			
<p>A 透析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血液透析(回数○回/週、12か月間、1日○時間)</li> <li>・腹膜透析(回数○回/週、12か月間、1日○時間)</li> <li>・生化学検査○回/週・月</li> <li>・薬物療法</li> <li>・シャント再建術の際の入院加療</li> </ul> <p>B 腎移植術</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・父親を提供者とした腎臓移植手術予定(○月○日)</li> <li>・腎臓移植手術後の免疫抑制剤の投与</li> </ul>	術	シャント再建術		点数			
	薬・注射	降圧剤、造血剤等					
	置						
	査	肝、腎機能、血液一般					
	本診療	再診					
	院	基寝、基看、基食					
	人工じん臓による血液透析	週○回×○時間					
	輸血	○○○cc					
	その他	胸部、両手指x線 他					
	計	(年間)			点		
食事療養費				円			
	治療前の等級	級、治療後の等級	級				
更生医療の給付は	適当	と認める。					
	不適当						
食事療養費は生活保護受給中の入院患者のみ記入。							
更生医療の給付(適・不適)については更生相談所の判定医が判断するので記載しないで下さい。							
判定医 年 月 日							
沖縄県身体障害者更生相談所							