

腎

更生医療(じん臓機能障害)意見書

住所	ふりがな		男 女	生 月	年 日	明 大 昭 平	年	月	日
	氏名								
原傷病名									
障害名									
更生医療	要 否	入院 通院	日 日	計	日	治療効果見込み 有・無 (最長1年以内)			
経過									
【透析導入年月日：昭和・平成 年 月 日】									
現症 ※透析前の検査成績(BUN、Cre、Na、K、Cl等)の記載をお願いします。									
診療の具体的方針					医療費概算				
						摘	要	点数	
・血液透析(回数 /週 か月間) ・CAPD(回数 /週 か月間)					手術				
平成 年 月 日 指定医療機関名 所在地 連絡先 主として担当する医師(59条届出医師)					投薬・注射				
					処置				
					検査				
					基本診療				
					入院				
					人工じん臓による血液透析				
					輸血				
平成 年 月 日 指定医療機関名 所在地 連絡先 主として担当する医師(59条届出医師)					その他				
					計			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 / 不适当 } と認める。									
					平成 判定医	年	月	日	印

※(裏面)記載に関する注意事項があります。

沖縄県身体障害者更生相談所

【 記載に関する注意事項 】

1. 入院治療を要する場合の具体的症状(疾患等)は「現症」欄に記載して下さい。
2. 治療内容の変更(例を参照)または透析に関連する緊急な手術の必要性が出た場合は、「診療の具体的方針」欄にその旨記載して早めに市町村へ申請をお願いします。
3. 「医療費概算」欄の食事療養費については、生活保護受給中の入院患者のみ記載して下さい。

～～治療内容の変更(例)～～～～～～～～

- ・血液透析←→CAPD
- ・腎移植後→血液透析(再開)
- ・CAPDの方で、腹膜炎治療のための入院等
- ・シャント再建術等

～～～～～～～～～～～～～～～～～～

【 協力依頼 】

- ・意見書の有効期間は3か月となりますので、意見書を渡す際には早めに申請するようお伝え願います。