

方針変更
更生医療 意見書（腎臓機能障害）
再認定

受給者証番号		受給者証交付年月日		
診療開始年月日		受診者氏名		
現症及び医療の 具体的方針	透析前検査成績			
	ア 血清クレアチニン	mg/dl	オ 血清カリウム meq/L	
	イ 血清尿素窒素	mg/dl	カ ヘマトクリット値 %	
	ウ 血清尿酸	mg/dl	キ 24時間尿量 ml/日	
	エ 血清無機燐	mg/dl		
	原傷病名			
	従 前 の 方 針 (入院・通院)		変 更 後 の 方 針 (入院・通院)	
	血液透析	CAPD	その他	血液透析
回/週	回/日		回/週	
			回/日	
方針変更をする場合の具体的症状（疾患等）		入院治療を継続する場合の具体的症状（疾患等）		
		自： 月 日		
		至： 月 日		
		通院・入院期間 か月		
医療保険（記号）	国保（ ）・社保（ ）・その他（ ）			
変更後の概算額	円/月			
令和 年 月 日				
指定自立支援医療機関 所在地 名称				
主として担当する医師 (59条届出医師)			印	

○透析導入に伴う入院期間が3か月を超える場合、通院から入院に変更の場合は、症状（疾患）を必ず記入してください。

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）