

更生医療要否意見書（腎臓機能障害）

氏名		男女	生年月日	M・T S・H	年	月	日生
現住所							
障害名	腎臓機能障害	身体障害者手帳 級			健康保険の種類		
原傷病名		昭・平・令 年 月 日交付					
初診年月日	昭・平・令 年 月 日	申 請 中			(記号・番号)		
病歴および現症	※具体的に記載してください。			1. 検査成績（透析導入前・透析前・早朝空腹時）			
	●入院治療を要する場合の具体的症状（疾患等） ※入院の場合は必ず記載してください。			ア 内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分・測定不能) イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dℓ) ウ 血清尿素窒素濃度 (mg/dℓ) エ 24時間尿量 (ml/日) オ ヘマトクリット (%) カ 腎エコー所見 〔 〕 2. その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)			
医療の具体的方針	・血液透析（回数 /週 か月間）	医療概算額	金額				
	・CAPD（回数 /日 か月間）	算定表	(1か月当たり)円	備考			
	・その他	診察・検査					
		投薬・注射					
	(参考)	透析・処置					
	・透析（開始・予定）平・令 年 月 日	入院					
	・腎移植手術年月日 平・令 年 月 日	その他					
この意見書による		入院	令和 年 月 日から	か月間			
診療見込期間		通院	令和 年 月 日から	か月間			
*医療機関の変更（前医療機関名 令和 年 月 日転院） （通院→入院 入院→通院 入院→入院 通院→通院）※該当するものを○印で囲んでください。							
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 印 (59条届出医師)							

○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）

○やむを得ず、腎移植後の抗免疫療法を「腎臓に関する医療」で指定した指定自立支援医療機関で実施する場合は、「医療の具体的方針欄」に①腎移植術実施の医療機関名、②連携する移植施設の医師名、③現医療機関（「腎臓移植に関する医療」）での抗免疫療法の開始時期、を記載すること。