

自立支援医療（更生医療）に関する意見書（腎臓機能障害用）

| フリガナ | | | | | 年 月 日（ 歳） | | |
|--|---|----------------------|--------------------|-----|-----------|-----|-----|
| 受診者氏名 | | | | | | | |
| 受診者住所 | | | | | | | |
| 原因疾患名 | | | | | | | |
| 経過・現症 | <p><新たに人工透析を導入する場合のみ記載></p> <p>(1) 血清クレアチニン濃度 (mg/dl)</p> <p>(2) 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)</p> <p>(3) 内因性クレアチンクリアランス値 (ml/min)</p> | | | | | | |
| 医療方針 及び 治療効果 | (入院・入院及び通院・通院) | | | | | | |
| 治療見込期間 | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | (か月・ 日間) | | |
| 治療効果見込 | 手術等施行前の等級 級 | | 施行後の等級 級 | | <理由> | | |
| 医療費概算額 | 医療機関 金 円也 | | 薬局（院外処方分のみ記入） 金 円也 | | | | |
| 区 分 | 内 容 | 月 別 医 療 費 内 訳 (単位：円) | | | | | |
| | | 1 か月目 | か月目 | か月目 | か月目 | か月目 | か月目 |
| 入 院 料 | | | | | | | |
| 通 院 料 | | | | | | | |
| 手 術 料 | | | | | | | |
| 注 射 薬 物 料 | | | | | | | |
| 処 置 料 | | | | | | | |
| 検 査 料 | | | | | | | |
| 院 外 処 方 | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | |
| <p>現症により障害者総合支援法に規定する自立支援医療（更生医療）に該当するものと認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関名</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師名</p> | | | | | | | |

※この意見書は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程第六条に基づき無償となります。