

自立支援医療（更生医療）意見書（人工透析用）

年 月 日

小美玉市長 殿

指定自立支援医療機関 所在地  
 名 称  
 自立支援医療を主として  
 担当する医師氏名（指定医師）

次の者に対する自立支援医療（更生医療）意見書を提出します。

氏 名 生年月日	年 月 日生	住 所	
身体障がい者手帳 障がい名・等級	級		
原・傷病名			
現 症 および 治療経過			
透析導入年月日	年 月 日		
検査成績	（新規の場合は透析療法導入前の検査値を，再認定の場合には申請時直近の透析前値を記入すること。） 血清ナトリウム値 mEq/l      血清総タンパク質 g/dl 血清カリウム値 mEq/l      ヘマトクリット値 % 血清尿素窒素値 mg/dl      1日尿量 ml 血清クレアチニン値 mg/dl      体重 kg 血清尿酸値 (検査年月日 年 月 日)		
自立支援医療 （更生医療）の 具体的方針	入院予定日 年 月 日      手術予定日 年 月 日 （入院を必要とする理由： ）		
合併症の有無	有（ ） ・ 無		
入院及び通院 を必要とする 日 数	入院 カ月 日 （ 年 月 日 ～ 年 月 日 ） 通院 カ月 日 （ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）		
備 考			

※ 診断のガイドラインに準拠した形で記載すること。

※ 具体的方針の欄は，手術（療法）の目的（軽減・除去する障がい）と具体的内容を記載すること。

※ 記入しきれない場合やその他参考となる資料がある場合は，別紙（任意様式）に記載し，添付すること。

(裏面)

### 自立支援医療（更生医療）医療費概算額明細書（人工透析用）

氏名	金額		内訳	備考
	入院	通院		
透析	円	円	週回数 1回あたり 透析器の面積 時間施行 m <sup>2</sup>	
手術			手術名	
投薬・注射			薬品名	
処置			処置名	
検査			検査名	
基本及び 特掲診療				
ギプス				
後療法				
概算額	円	円	合計	円

※治療見込み期間が3ヵ月以内の場合は、その期間の医療費概算額及び内訳を、3ヵ月を超える場合には、1ヵ月あたりの医療費概算額及び内訳を記載すること。