

(表 面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【じん臓機能障害用】

新規認定

受診者 氏 名			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
受診者 住 所				手帳等級	種 級	
原傷病名				発症年月日	年 月 日	
病歴・経過	血液透析開始日 (年 月 日) 腹膜透析開始日 (年 月 日) 腎移植施行日 (年 月 日)					
現 症	検査成績等（透析療法開始直前・透析実施直前） ・内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分) ・血清クレアチニン濃度 (mg/dl) ・eGFR (ml/分/1.73 m ²) ・血清尿素窒素濃度 (mg/dl) ・尿所見 ()		・ヘモグロビン (g/dl) ・胸部エックス線写真所見 () ・その他参考となる臨床症状 ()			
医 療 の 具 体 的 方 針	☐ 血液透析（導入・継続） (回/週) ☐ バスキュラーアクセス（内シャント等）設置 (透析開始予定日 年 月 日) ☐ バスキュラーアクセス（内シャント等）トラブルの治療 ☐ 腹膜透析（導入・継続） (CAPD 回/日 ・APD) ☐ 腹膜透析留置カテーテル装着術 (透析開始予定日 年 月 日) ☐ 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療 ☐ 腎移植術 ☐ 腎移植に伴う抗免疫療法 ☐ 移植腎不適応のための摘出術 ☐ その他 ()		医療費概算額（診療見込期間内の総額）			
			区 分	摘 要	金 額	
			初診・再診料		円	
			投薬料		円	
			注射料		円	
			処置料		円	
			手術麻酔料		円	
			検査料		円	
			入院料		円	
			その他		円	
合 計			円			
入院を要する場合の理由 ※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外 手術名 () 手術予定日 ()						
診療見込期間 (入院3ヶ月以内、通院1年 以内で必要な期間。) ※訪問看護は原則導入時3ヶ月	入 院	年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間				
	通 院	年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間				
	訪問看護	年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間				
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定自立支援医療機関の所在地 名 称 電話番号 主として担当する医師の氏 名 印						

- ※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、入院の場合の有効期間は、原則３ヶ月以内としてください。３ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定（自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱）されていますので、表面の「更生医療治療予定期間」は３ヶ月以内で必要な期間とし、「医療費概算額」については、当該機関に要する医療費概算額を記載してください。ただし、人工透析療法及びじん移植に伴う抗免疫療法の通院の場合の有効期間は１年以内が可能です。
- ※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、医療費概算額には含めないでください。
- ※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は給付の対象となりませんので、医療費概算額に入院基本料及び当該医療費は含めないでください。また、入院を要する場合の理由については、具体的に記載してください。
 - ＜記入例＞ シヤント閉塞により入院加療の見込みがあるため
骨折治療のため
脳梗塞後遺症により、自宅での生活が困難なため