

記入例 自立支援医療〔更生医療〕意見書（腎臓）

受付番号 内		受付日 令和 年 月 日 実施場所 三重県障害者相談支援センター	
フリガナ	シンタイ タロウ	性別	身体障害者手帳 ① 申請中 障害等級 1種 1級 交付日 18年 3月 23日 手帳番号 三重県第0012345号 障害名 慢性腎不全 によるじん臓機能障害
氏名	身体 太郎		
大・昭・①	20年1月1日生 67歳		
居住地	津市一身田小古曾××町△番地		
1 原因疾患名	ネフローゼ症候群	発症時期	S・① 3年 5月 1日
2 腎不全		発症時期	S・① 3年 3月 1日
3 透析導入（予定）日			S・① 3年 〇月 1日
4 治療の経過及び現症（※更新の場合は、前回給付を受けた期間と現症を記入） ネフローゼに伴う腎機能障害、慢性腎不全のため、平成3年5月1日より血液透析を導入、現在週3回の維持透析を施行中である。シャント閉塞等で1日～2日の入院もありうる。			
5 検査（検査日 24年 4月 1日） ※新規の場合は透析導入前の検査値を、更新の場合は申請時直近の透析前値を、いずれの場合も全項目記入し、検査不能の場合はその旨を記入。			
血清クレアチン	6.23 mg/dl	血清 Na	136mEq/l
血清尿素窒素	38.2mg/dl	血清 K	5mEq/l
血清尿酸	7mg/dl	血清 P	4.5mg/dl
血清総蛋白	7.7g/dl	血 Ca	9mg/dl
ハマトクリット値	36.6%	ヘモグロビン	11.3 g/dl
24時間尿量	0 ml/日	蛋白(定量)測定不能	g/dl
血圧	150 /90Hg	心胸部比	99%
身長	155 cm	体重	55.6 kg
6 臨床症状及び所見			
ア 中枢神経症状	有・無	オ 浮腫	有・無
イ 消化器症状	有・無	カ 合併症	有(右室肥大)・無
ウ 呼吸器症状	有・無	キ 眼底	異常なし
エ 出血傾向	有・無	ク ECG	右脚ブロック
ケ その他特記事項			
7 医療の具体的方針 ① 人工透析 イ CAPD ウ 腎移植の予定（有・無） エ 免疫抑制療法 オ その他（ ）		8 医療所見 ① 永続的な透析治療が必要 イ 透析から離脱できる ウ その他	

手帳の有無及び、手帳内容の記入漏れ及び間違いがないかを確認。

障害名を記入

生年月日及び年齢が正しく記入されているか確認。

住所が正しく記入されているか

原因疾患名、治療経過及び現症記入、発症時期・発症時期の記入

更生医療開始前の直近のデータであることを確認。

検査データは必ず記入。測定不可は測定不能と記入

臨床症状の有・無を丸囲みされているか確認。眼底・EKG所見も記入確認。

医療の具体的方針と所見が丸囲みされていること。

9 治療期間
 24年5月 1日～ 25年 4月 30日

(入院 月 日～ 月 日)
 (手術 月 日)
 (通院 5月 1日～25年4月30日)

更生医療適用期間として扱われる。最大1年全期間中の内訳の記入が必要

10 概算額

治療期間中の更生医療に関する医療費の総額を記入すること	手術	円
	投薬注射	386,880円
	処置	円
	検査	278,400円
	基本診療	円
	血液透析	3,977,400円
	CAPD	円
	入院	円
	通院	109,200円
	その他	24,000円
	計	4,775,880円

金額の合計が正しいことを確認

上記のとおり意見します。

平成 24年 4月 11日

医療機関所在地 三重県津市一身田〇〇町△△ー××

医療機関名 身体クリニック

医師氏名 更生 指定子

総合支援法第59条による指定自立支援医療機関の医師が記入して下さい。

更生医療開始以前の日付であること

更生医療指定医療機関であること。

更生医療指定医師名は必ず必要。担当医と異なる場合は連名にする。

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定	自立支援医療〔更生医療〕 適 ・ 否	
	否の理由	
平成 年 月 日		
三重県障害者相談支援センター		
医師氏名		

支援センターの判定医が記入するので、記入の必要ありません。

* 治療期間について:人工透析・CAPD・腎移植・免疫抑制療法などは1年間の治療期間を認める。

* 医療所見について:医師の記入が必要、医療の効果及び必要性について記入されていないといけない。