

(様式第2号の3)

自立支援医療(更生医療)意見書(じん臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規 2 再認定 3 変更			
氏名		男女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生
住所				
原傷病名				
治療経過	年 月 日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容		
	透析療法	血液透析	昭和・平成 年 月 日開始	
		腹膜透析	昭和・平成 年 月 日開始	
腎臓移植	昭和・平成 年 月 日実施 < 生体腎移植 献腎移植 >			
※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。				
現症	じん機能	内因性クレアチニクリアランス値 (① / 分 ・ 測定不能 ・ 未実施)		
		血清クレアチニ濃度 (mg/①)	血清尿素窒素濃度 (mg/①)	
		水分電解質 (Na mEq/l、 K mEq/l、 Ca mg/dl、 P mg/dl)		
臨床症状				
その他の検査所見	【胸部X線、眼底検査、心電図検査等の所見で参考となるもの】			
医療的具体的方針	1 血液透析 (週 回) 2 腹膜透析 3 じん移植術 < 生体腎移植 献腎移植 > 4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査 5 その他			
	【治療内容・方針等を具体的に記入すること】			
治療の形態	1 入院	2 通院 (週 回または月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 日間(か月)			
治療効果見込み				

裏面へ続く

医療費概算額（円） (*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 (院外処方:有・無)				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他の				
合 計					

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)
老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所 在 地

電 話 番 号 ()

担 当 医 師 名

印

* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) 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6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 檯				
審 査 結 果	1 適 当	2 一部対象外	3 不 適 当	4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】			
	重度かつ継続	該当	・	非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学			
審 査 年 月 日	年 月 日			

再 審 査 結 果	1 適 当	2 不 適 当		
	【不適当の理由】			
	重度かつ継続	該当	・	非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学			
審 査 年 月 日	年 月 日			

(様式第2号の3) 【記入例】 *治療開始予定日以前に市町村に申請する必要あり。
自立支援医療(更生医療)意見書(じん臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規 <input checked="" type="radio"/> 2 再認定 <input type="radio"/> 3 変更 <input type="radio"/>	
氏名	福島 太郎 <input type="radio"/> 男女 生年月日 明治 大正 平成 ○年○月○日生 <input checked="" type="radio"/> 昭和	
住所	○○市○○町○○	
原傷病名	慢性腎不全、腎移植症例	
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容
	S○年○月	慢性腎不全と診断
	H○年○月から	通院にて抗免疫療法及び移植腎機能検査施行。
	透析療法	血液透析 昭和・平成 ○年○月○日開始
		腹膜透析 昭和・平成 年月 日開始
腎臓移植	昭和・平成 ○年○月○日実施 <生体腎移植 献腎移植>	
※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。		
現症	じん機能	内因性クレアチニクリアランス値 (○ ①/分 ・ 測定不能 ・ 未実施) 血清クレアチニ濃度 (○ mg/①) 血清尿素窒素濃度 (○ mg/①) 水分電解質 (Na ○ mEq/l, K ○ mEq/l, Ca ○ mg/dl, P ○ mg/dl)
	臨床症状	X線上における骨異常症(中等度)あり。腎性貧血あり。
	その他の検査所見	【胸部X線、眼底検査、心電図検査等の所見で参考となるもの】
医療的具体的方針	1 血液透析 (週回) 3 じん移植術 <生体腎移植 献腎移植> 5 その他	2 腹膜透析 4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査
	【治療内容・方針等を具体的に記入すること】	
<p style="text-align: center;">身体障害者手帳交付日 以降の日付を記入。</p>		
治療の形態	1 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 2 通院 (週回または月○回) 3 じん移植術 <生体腎移植 献腎移植> 4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査 5 その他	手術予定日 年月日
治療予定期間	平成○年○月○日から ○日間(○か月)	
治療効果見込み	拒絶反応の抑制、日常生活能力の維持	

裏面へ続く

医療費概算額（円） (*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)	項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 (院外処方有無)	通院の場合、院外処方の有無に○を記入。			
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他				
合 計					

* 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)
老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。

上記のとおり診断します。
付を記入。

平成〇年 〇月 〇日

指定自立支援医療機関名 ○ ○ 病院
所 在 地 ○〇市〇〇町〇〇
電 話 番 号 ()
担 当 医 師 名 ○ ○ ○ ○ 印

* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) 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6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 檯				
審 査 結 果	1 適 当	2 一部対象外	3 不 適 当	4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】			
審 査 医 師	重度かつ継続 該当 · 非該当			
	公立大学法人福島県立医科大学 印			
審 査 年 月 日	年 月 日			

再 審 査 結 果	1 適 当	2 不 適 当
	【不適当の理由】	
審 査 医 師	重度かつ継続 該当 · 非該当	
	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	