

氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
現住所		身障手帳番号	県 号
		等級	種 級
障害名	じん臓機能障害	交付年月日	年 月 日
原傷病名	糖尿病性腎症 ・ 腎硬化症 ・ 慢性糸球体腎炎 ・ 不明 その他 () ※該当する項目に○をつけてください。該当する項目がない場合は その他 に記入して下さい。		
I 現在までの経過		現 症	
<病歴等> <末期慢性腎不全と判断した理由>		(1) じん臓機能 ア. 内因性クレアチニンクリアランス値 $ml/分$ 測定不能 イ. eGFR ($ml/分/1.73m^2$) ウ. 血清クレアチニン濃度 (mg/dl) エ. 血清尿素窒素濃度 (mg/dl) オ. 24時間尿量 (ml/H) カ. 尿所見 キ. 腎形態(エコー、CT等)の所見 (2) その他 *参考となる検査所見 (胸部エックス線、眼底、心電図等)	
(3) 臨床症状(該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入すること)		ア. 尿毒症性心包炎 [] イ. 尿毒症性出血傾向 [] ウ. 尿毒症性中枢神経症状 [] エ. じん不全に基づく末梢神経症状 [] オ. じん不全に基づく消化器症状 [食思不振 悪心 嘔吐 下痢] カ. 水分電解質異常 (Na mEq/l ・ K mEq/l ・ Ca Eq/l) P mg/dl 浮腫 乏尿 多尿 脱水 肺うっ血 その他() キ. じん不全に基づく精神異常 [] ク. X線上における骨異栄養症 [高度 中等度 軽度] ケ. 腎性貧血 [Hb g/dl ・ Ht % ・ 赤血球数 $\times 10^4/mm^3$] コ. 代謝性アシドーシス [CO ₂ % 又はHCO ₃ mEq/l] サ. 重篤な高血圧症 [最大血圧/最小血圧 / $mmHg$] シ. じん不全に直接関連する その他の症状 []	

※ 要否 (身体障害者相談センターの嘱託医が記入します)		
要 ・ 否	Ⓜ	意見
嘱託医判定日		令和 年 月 日

Ⅱ 療 養 方 針					
(1)医療の 具体的方針	自立支援医療適用申請入院期間 日間 / 外来 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 ~ 年 月 日 </div> <hr/> 期間延長の場合 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 ~ 年 月 日 </div>				
(2) 医療費概算額算定表					
項 目	内 容	金 額 (円)			
		最初の30日	次の30日	次の30日	合計
診 察 ・ 検 査 料					
投 薬 ・ 注 射 料					
処 置 料	①血液透析 回数 回／週 ②腹膜透析 回数 回／週				
手 術 料					
入 院 料 *食事療養費を除く					
そ の 他 *具体的に					
合 計					
令和 年 月 日 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 指定自立支援医療機関所在地 名 称 *担当医師名 印 </div>					

*担当医師名は、障害者自立支援法第54条第2項に定める指定自立支援医療機関の担当医師であること
(直接の担当医師との連名でも可)

*期間延長の場合、市町村でも適用期間の照合を行うこと。