

自立支援医療給付意見書(じん臓/人工透析用)
(内容変更)

通院 → 入院
 通院での治療

氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)				
現住所							
障害名	じん臓機能障害	手帳番号					
		等級					
透析開始年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日				
所見	<治療内容変更の理由>		じん臓機能				
経過			① 血清クレアチニン濃度 (mg/dl)				
			② 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)				
			③ 血圧 (/ mmHg)				
			④ 胸部エックス線所見				
			⑤ その他の所見				
医療の具体的な方針	(具体的に記載してください)		医療費概算額算定表	金額 (円)			
				最初の30日	次の30日	次の30日	合計
			診察・検査				
			投薬・注射				
			処置・手術				
			入院(食事療養費を除く)				
			その他(具体的に)				
	合計						
腹膜透析(回数 /週)		自立支援医療適用申請期間	通院	院	ケ		
血液透析(回数 /週)			入院	院	ケ		
			年	月	日		
			年	月	日		
令和 年 月 日							
指定自立支援医療機関所在地							
名称							
*担当医師名							
印							

※ 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