

自立支援医療（更生医療）要否判定意見書（人工透析用）

記入要領は裏面

いずれかに○		I 新規申請	II 新規透析導入申請		III 継続申請
ふりがな 氏 名		性別	男 女	生年 月 日	年 月 日

1 診断

(1) 原因となった疾病名： _____

(2) 障害名（障害の種類）： 人工透析療法を要する慢性腎不全

2 医療の内容

医療の具体的方針（下記①～③のいずれかに○をつけ、必要事項を記入してください。）

① 現在保存療法中であるが、今後透析療法を導入予定

② 現在 _____ 時間 × _____ 回 / 週の血液透析療法中

③ 現在腹膜透析中

②、③ → _____ 年 _____ 月 _____ 日透析開始

1 検査成績及び臨床症状

(1) 検査（検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

L / day

a 内因性クレアチニン・クリアランス値 _____ ml / min ・測定不能

b 血清クレアチニン _____ mg / dl

c 血清尿素窒素 _____ mg / dl

d 血清 Na _____ mEq / l K _____ mEq / l

Ca _____ mEq / l P i _____ mg / dl

_____ mg / dl

e 末梢血 R B C _____ × 1 0 ⁴ / mm³ H b _____ g / dl

E S A 使用（あり ・ なし）

f 血液ガス H C O₃ _____ mEq / l

g 血圧 収縮期 _____ ～ 拡張期 _____ mmHg

h その他の臨床検査

i 平均1日尿量 _____ ml / day

j 胸部X線 _____ C T R _____ %

k E C G _____ 1 眼 底 _____

m 体 重 _____ k g

(2) 臨床症状（認められるものに○をつけてください。）

a 消化器症状 b 心不全 c 出血傾向 d 中枢神経症状

e 心外膜炎 f その他 _____

2 日常生活について（該当するものに○をつけてください。）

a 通院・社会復帰が可能 b 通院可能 c 入院を要する

3 この腎機能障害が発見された日 _____ 年 _____ 月 頃

4 現在までの治療内容（血清クレアチニンが特に低値の場合には、詳細に記入してください。）

5 その他の障害・合併症

入院治療費	円	} (1 か月分の概算額を記入)	
通院治療費等	円		合計
治療効果見込：			

年 月 日 指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師氏名

印

記入上の注意事項

- この書類の内容を審査し、更生医療の適否を判定しますので、お手数ですができる限り詳細にご記入ください。
- 新規申請は、導入期（新規透析導入申請）と、既に透析療法を受けていて、今回更生医療を新規申請するものとに区別されますが、前者（新規透析導入申請）の場合は、「Ⅱ」に○をつけてください。
- できる限り透析療法導入前に申請することを原則としておりますので、ご協力ください。
また、承認後、実際に透析療法を導入された際には、市町村の障害福祉担当課へ連絡してください。
- 「2 医療の内容」欄のうち「1 検査成績及び臨床症状」は、新規透析導入申請（導入後約1か月以内の申請）では導入直前のデータを、それ以外の申請では申請日に最も近いデータを、いずれも透析前の値で記入してください。
- 尿量が500ml/day 以上の場合には、クレアチニン・クリアランスはできる限り実施し、ご記入ください。
- 「2 医療の内容」欄のうち「4 現在までの治療内容」には、透析導入のきっかけとなった身体症状については、必ず記入してください。