

## 自立支援医療(更生医療)給付意見書(人工透析用)

年 月 日

銚田市福祉事務所長 殿

指定自立支援医療機関 所在地

名称

自立支援医療を主として  
担当する医師氏名(指定医師)

⑩

次の者に対する自立支援医療(更生医療)意見書を提出します。

氏名 生年月日	男 ・ 女	住所	
身体障害者手帳 障害名・等級	年 月 日生 ( 歳)		
原・傷病名			
現症 及び 治療経過			
透析導入年月日	年 月 日		
検査成績	(新規の場合は透析療法導入前の検査値を、再認定の場合には申請時直近の透析前値を記入すること。)		
	血清ナトリウム値	mEq/l	血清総タンパク質 g/dl
	血清カリウム値	mEq/l	ヘマトクリット値 %
	血清尿素窒素値	mg/dl	1日尿量 ml
	血清クレアチニン値	mg/dl	体重 kg
	血清尿酸値		(検査年月日 年 月 日)
自立支援医療 (更生医療)の 具体的方針	入院予定日 年 月 日	手術予定日 年 月 日	(入院を必要とする理由: )
合併症の有無	有 ( )	無	
入院及び通院を 必要とする日数	入院 カ月 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	通院 カ月 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
備考			

※ 診断のガイドラインに準拠した形で記載すること。

※ 具体的方針の欄は、手術(療法)の目的(軽減・除去する障害)と具体的内容を記載すること。

※ 記入しきれない場合やその他参考となる資料がある場合は、別紙(任意様式)に記載し添付すること。

## 自立支援医療(更生医療)医療費概算額明細書(人工透析用)

氏名	金額		内 訳	備 考
	入 院	通 院		
透 析	円	円	週 回 1回あたり 透析器の面積 時間施行 m <sup>2</sup>	
手 術			手術名	
投 薬・注 射			薬品名	
処 置			処置名	
検 査			検査名	
基本及び 特掲診察				
ギ ブ ス				
後 療 法				
概 算 額	円	円	合 計	円

※ 治療見込み期間が3ヵ月以内の場合は、その期間の医療費概算額及び内訳を、3ヵ月を超える場合には、1ヵ月あたりの医療費概算額及び内訳を記載すること。