

自立支援医療 更生医療 意見書 (腎臓機能障害)						
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生	
住所						
原因傷病名						
現 症	治療経過 と症状					
	検査所見	C-Creat	ml/分	Na	mEq/l	血圧 / mmHg
		S-Creat	mg/dl	K	mEq/l	Ht %
		BUN	mg/dl	Ca	mg/dl	
		24時間尿量	ml	P	mg/dl	
医療の具体的方針		回数 回/週 血液透析・腹膜透析 導入(予定)日 (年 月 日)				
指定医療機関の名称 および転院等の予定		指定医療機関の名称 ア 転院の予定 無・有 イ 院外処方の予定 無・有 有の場合 指定医療機関・薬局の名称、時期				
医療の期間	入院	か月間・日間		通院	か月間・日間	
医療の開始日	年 月 日	更生医療適用		新規 ・ 継続		
医療費積算額	円					
上記のとおり診断します。						
年 月 日		指定医療機関名				
担当する医療の種類						
主たる担当医師名				印		
(指定医療機関届出時に主たる担当医として届出た医師名)						
主治医				印		

医療費概算内訳書（腎臓機能障害）

受診者氏名 _____ 概算総額 _____ 円
 月概算額 入院 _____ 円、通院 _____ 円

内訳 月別	基本 診療 料	投薬	注射	処置	検査	手術	その他	入院料	合計 点数	合計金額 (円)
		薬品名		処置名	検査名	手術名	画像診断			
最初の 第1月	点	点	点	点	点	点	点	点	点	円
第2月										
第3月										
第4月										
第5月										
第6月										
第7月										
第8月										
第9月										
第10月										
第11月										
第12月										
合計										
備考										

年 月 日

指定医療機関名 _____

*この用紙は更生医療を受けようとする指定医療機関で記入してください。