

I	新規申請
II	新規透析導入申請
III	継続申請

自立支援医療(更生医療)(人工透析)要否判定意見書

1 住 所

ふりがな

氏 名

大正

昭和

平成

年

月

日 生

2 診 断

障害名 人工透析療法を要する慢性腎不全

原疾患名

不詳 ・ 不明

(原疾患名が具体的に記入できない場合は、不詳又は不明に○をつけてください。)

3 医療の具体的方針 (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、今後透析療法に導入予定

→ 導入予定日 令和 年 月 日頃

② 現在 時間 × 回/週の血液透析療法中

昭和

③ 現在腹膜透析中

平成

令和

年

月

日 開始

4 医療費概算 (1か月分の医療費概算・総医療費)

入院治療費	円			
通院治療費	円	合 計		円

5 検査成績および臨床症状

1) 検 査 (以下の項目にお答えください。)

(検査日:令和 年 月 日)

a	内因性クレアチンクリアランス値			L/day	
b	血清クレアチニン			ml / min	・ 測定不能
c	血清尿素・窒素			mg / dl	
d	血 清	Na	mEq/l	K	mEq/l
		Ca	mEq/l	Pi	mg/dl
			mg / dl		
e	血 算	Hb	g/dl	E S A] 使用 (あり・なし)
f	血液ガス	HCO ₃	mEq/l	HIF-PH阻害薬	
g	血 圧	収縮期	~	拡張期	mmHg
h	その他の臨床検査				
i	平均一日尿量		ml/day		
j	胸部X線			CTR	%
k	ECG				
l	体 重		kg	m 眼 底	

2) 臨床症状 (認められるものに○をつけ、それ以外の症状があれば、その他に記入してください。)

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				

6 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

7 この腎機能障害が発見された日

昭和・平成・令和

年

月頃

8 現在までの治療内容 (特に、血清クレアチニンが低値の場合は、人工透析が必要な理由を具体的に記入してください。)

9 その他の障害・合併症

令和 年 月 日

指定医療機関名

(電 話 番 号)

主として担当する医師名

担 当 医 師 名

記入上の注意事項

この書類の記入にあたって、次の点にご留意ください。

1. この書類の内容を審査し、更生医療の適否を判定します。できる限り詳細にご記入ください。
2. 右上欄の新規申請・新規透析導入申請・継続申請のいずれかに○をつけてください。
 - ・Ⅰ 新規申請…すでに1か月以上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です。
 - ・Ⅱ 新規透析導入申請…要否判定意見書発行日前1か月以内に透析開始済みのもの、及び要否判定意見書発行日後に導入予定のものです。
 - ・Ⅲ 継続申請…既に人工透析による更生医療を受けており、継続延長を申請するものです。
3. 「3 医療の具体的方針」
 - ・透析導入前に申請される場合(①)には、必ず「導入予定日」をご記入ください。
更生医療開始は、「透析導入日」からとなります。
 - 承認後、実際に透析療法を導入された際には 所管の社会福祉事務所
(申請区の福祉課障害福祉係または支所区民福祉課福祉係)へご連絡ください。
 - ・継続して人工透析治療をされている場合(②または③)は、必ず「透析開始日」をご記入ください。
4. 「2 診断」の「原疾患名」は、慢性腎不全となった原因とされる疾患名をご記入ください。「原疾患名」が具体的に記入できない場合は、不詳又は不明に○をつけてください。
5. 「4 医療費の概算」(1か月分の医療費概算・総医療費)は、費用概算額をご記入ください。
6. 「5 検査成績」 1)検査
 - ・新規透析導入申請(導入後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、いずれも透析前値でご記入ください。
 - ・「a 内因性クレアチニンクリアランス値」は、測定値もしくは測定不能に○をつけてください。
 - ・「ESA/HIF-PH阻害薬」は、あり・なしのいずれかに○をつけてください。
 - ・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。
また、尿量の記載はできるだけ数字でご記入ください。尿量が記入できない場合は、詳細をご記入ください。
7. 「8 現在までの治療内容」
 - ・透析導入のきっかけとなった身体状況については、必ずご記入ください。
 - ・特に血清クレアチニンが低値の場合は、人工透析が必要な理由を具体的にご記入ください。
 - ・また、治療や病状に関しての必要事項があれば、ご記入ください。
8. 主として担当する医師の氏名は、医療機関指定申請書に記載された医師名をご記入ください。
主として担当する医師と担当医師が異なる場合は、それぞれご記入ください。