様式第2号-2

自立支援医療(更生医療)意見書

（じん臓機能障害用）

<table>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日(　歳)</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>職　業</td><td>現　・　元</td><td>保険</td><td colspan="2">有・無　　保険</td></tr>
<tr><td>原傷病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">現　症</td><td colspan="4">臨床症状(かっこ内の該当するものを○で囲んでください。)
1　体液貯留(全身性浮腫、高度の低蛋白症、肺水腫)
2　体液異常(管理不能の電解質・酸塩基平衡異常)
3　消化器症状(悪心、嘔吐、食思不振、下痢)
4　循環器症状(重篤な高血圧、心不全、心包炎)
5　神経症状(中枢・末梢神経障害、精神障害)
6　血液異常(高度の貧血症状、出血傾向)
7　視力障害(尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症)</td></tr>
<tr><td colspan="4">検査成績(透析前値)
血清尿素窒素値　mg/dl　血清総蛋白量　g/dl
血清クレアチニン値　mg/dl　血色素　g/dl
血清尿酸値　mg/dl　赤血球数　×10^4 /mm^3
血清ナトリウム値　mEq/L　ヘマトクリット値　%
血清カリウム値　mEq/L　1日尿量　ml</td></tr>
<tr><td>自立支援医療の要否</td><td colspan="4">必　要・不　要</td></tr>
<tr><td>医療の具体的方針</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医療開始予定</td><td>年　月　日</td><td>指定医療機関</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>入院日数</td><td>日</td><td>通院日数</td><td colspan="2">月　日　(週　回)</td></tr>
<tr><td>医療費概算額</td><td>入院(総額)　円</td><td>外来(月額)</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">治療効果見込み</td><td colspan="3" rowspan="2">※　ここへ効果見込みを具体的に記入願います。</td></tr>
<tr><td>術前の等級
級</td><td>術後の等級
級</td></tr>
<tr><td colspan="5">意見書作成年月日　年　月　日

医療機関名
医師氏名　印</td></tr>
</table>