様式第2(4)号

自立支援医療（更生医療）意見書（じん臓機能障害）（新規）

1	(1)	氏　　名	男・女	年　　月　　日生		歳
	(2)	住　　所	〒			
2	身体障害者手帳障害名	交付年月日	年　　月　　日	じん臓機能障害	級	種　　級
3	(1)	原傷病名				
	(2)	現　　症				
	(3)	透析療法開始日	年　　月　　日			
	(4)	じん臓移植日	年　　月　　日			
4	(1)	検 査 日	年　　月　　日			
	(2)	検 査 値	内因性クレアチニンクリアランス値	ml/分　・　□ 測定不能		
			血清クレアチニン濃度	mg/dl		
			血清尿素窒素濃度	mg/dl		
	(3)	検査所見	※胸部X線・眼底検査・心電図検査等のその他参考となる内容を記載			
5	(1)	更生医療の具体的方針 (該当する□に印)	□ 血液透析 → □ 週　　回 ／ □ 月　　回 □ じん移植術　□ 腹膜透析　□ 抗免疫療法 □ 他（　　）			
	(2)	意見書作成時の治療形態	□ 入院　□ 通院			
6	更生医療の予定期間		年　　月　　日 ～　　年　　月　　日			
		医療費概算額	入院治療費　円 通院治療費　円 円	計	円	
	じん移植術の有効期間は原則3ヶ月以内、透析療法・抗免疫療法は原則12ヶ月以内。これを超える場合は再認定（期間延長）が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。					
7	治療後の障害の回復状況見込					

上記のとおり診断します。

山梨県障害者相談所長　殿　　年　　月　　日

指定自立支援医療機関名
（更生医療）

所在地

主として担当（代表）する医師名　　印

注：自立支援医療（更生医療）は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。