

氏名 \_\_\_\_\_ 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生（ \_\_\_\_\_ 歳）

---

住所 \_\_\_\_\_

（記入又は該当するものを○で囲むこと）

1、診断名

2、腎機能検査結果（診断日に直近の検査結果を記入すること）

ア 内因性クレアチンクリアランス値 \_\_\_\_\_ ml /分 測定不能 測定せず

イ 血清クレアチニン濃度 \_\_\_\_\_ mg/dl

ウ 血清尿素窒素濃度 \_\_\_\_\_ mg/dl

エ 24時間尿量 \_\_\_\_\_ ml /日

・無尿 \_\_\_\_\_

3、その他参考となる検査所見（胸部X線、眼底所見、心電図等）・現症

4、医療の具体的方針の内容を変更する場合は、変更の必要性を詳細に記入して下さい。

5、今後の医療の具体的方針

ア 透析療法  
導入日 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日開始

a 血液透析 \_\_\_\_\_ 回/週 \_\_\_\_\_ 時間/回

b 腹膜透析

イ 腎移植 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 術・予定

ウ 腎移植後抗免疫療法  
(平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日腎移植)

エ その他

オ 自立支援医療予定期間

a 入院 \_\_\_\_\_ 日間  
令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

※入院が必要な理由  
(主たる診療が更生医療の対象でない場合、入院基本料等は支給対象になりません。)

b 通院 \_\_\_\_\_ 日間  
令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

6、医療費概算額（内訳別紙） \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり診断する

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指定自立支援医療機関の名称（電話番号）

更生医療担当医師名