

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 内因性クレアチニンクリアランス値 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
オ 尿所見 無尿 蛋白（ ）糖（ ）沈渣（赤血球 白血球 円柱 ）

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）

4、臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の〔 〕欄に記入すること）

ア 腎不全に基づく末梢神経症（有・無）〔 〕
イ 腎不全に基づく消化器症状（有・無）〔食思不振、悪心、嘔吐、下痢〕
ウ 水分電解質異常（有・無）〔Na mEq/l K mEq/l Ca mEq/l P mg/dl 浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血〕
エ 腎不全に基づく精神異常（有・無）〔 〕
オ X線上的における骨異常栄養症（有・無）〔高度、中程度、軽度〕
カ 腎性貧血（有・無）〔Hb g/dl、Ht % 赤血球 $\times 10^4/\text{mm}^3$ 〕
キ 代謝性アシドーシス（有・無）〔CO₂またはHCO₃ mEq/l〕
ク 重篤な高血圧症（有・無）〔収縮期 / 拡張期 mmHg〕
ケ 腎不全に直接関連するその他の症状（有・無）〔 〕

5、現病歴及び現在までの治療内容

6、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 予定・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 計画・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

7、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