

<様式 更2>

自立支援医療（更生医療）意見書 { じん臓機能障害 }

フリガナ	
氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日（ 歳）
住所	
原傷病名	
現症 及び 検査値	新規・・・透析導入前の検査値 導入以外・・・直近の透析前値 ・クレアチンクリアランス値（ ml/分 ・ 測定不能 ） ・血清クレアチン濃度（ mg/dl ） ・血清尿素窒素濃度（ mg/dl ）・24時間尿量（ ml/日 ） ・ヘマトクリット値（ % ）・血清カリウム（ mEq/l ）
更生医療の 具体的方針	入院予定日（令和 年 月 日） 手術予定日（令和 年 月 日） 手術名：シャント造設術・カテーテル留置術 その他（ ） 更生医療適用開始予定日（令和 年 月 日）
治療効果の 見込み	
治療見込み 期間	入院 ヶ月 通院 ヶ月
医療費概算額 （食費を除く）	

上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します 令和 年 月 日

指定医療機関名及び所在地

医師氏名（意見書作成）

科 名

医師氏名（指定医療機関届出）