

更生医療要否意見書（腎臓機能障害）

氏名		生年月日	M・T S・H 年 月 日生		
現住所					
障害名	腎臓機能障害	身体障害者手帳	級	健康保険の種類	
原傷病名		昭・平・令 年 月 日交付			
初診年月日	昭・平・令 年 月 日	申請中		(記号・番号)	
病歴および現症	※具体的に記載してください。		1. 検査成績（透析導入前・透析前・早朝空腹時） ア 内因性クレアチンクリアランス値 （ ml/分・測定不能） イ 血清クレアチン濃度（ mg/dℓ） ウ 血清尿素窒素濃度（ mg/dℓ） エ 24時間尿量（ ml/日） オ ヘマトクリット（ %） カ 腎エコー所見 〔 〕		
	●入院治療を要する場合の具体的症状(疾患等) ※入院の場合は必ず記載してください。 〔 〕		2. その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)		
医療の具体的方針	・血液透析（回数 /週 か月間）	医療概算額	金額		
	・CAPD（回数 /日 か月間）	算定表	(1か月当たり)円	備考	
	・その他	診察・検査			
	(参考)	投薬・注射			
	・透析（開始・予定）平・令 年 月 日	透析・処置			
	・腎移植手術年月日 平・令 年 月 日	入院			
		その他			
		合計			
この意見書による	入院	令和 年 月 日から	か月間		
診療見込期間	通院	令和 年 月 日から	か月間		
*医療機関の変更（前医療機関名 令和 年 月 日転院） （通院→入院 入院→通院 入院→入院 通院→通院） ※該当するものを○印で囲んでください。					
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関 所在地 名称 主として担当する医師 (59条届出医師) (記名押印又は署名)					

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）

○やむを得ず、腎移植後の抗免疫療法を「腎臓に関する医療」で指定した指定自立支援医療機関で実施する場合は、「医療の具体的方針欄」に①腎移植術実施の医療機関名、②連携する移植施設の医師名、③現医療機関（「腎臓移植に関する医療」）での抗免疫療法の開始時期、を記載すること。

方針変更
更生医療 意見書（腎臓機能障害）
再 認 定

受給者証番号		受給者証交付年月日		
診療開始年月日		受診者氏名		
現症及び医療の 具体的方針	透析前検査成績			
	ア 血清クレアチニン	mg/dl	オ 血清カリウム meq/L	
	イ 血清尿素窒素	mg/dl	カ ヘマトクリット値 %	
	ウ 血清尿酸	mg/dl	キ 24時間尿量 ml/日	
	エ 血清無機燐	mg/dl		
	原傷病名			
	従 前 の 方 針 (入院・通院)		変 更 後 の 方 針 (入院・通院)	
	血液透析	CAPD	その他	血液透析
	回/週	回/日		回/週
				回/日
方針変更をする場合の具体的症状（疾患等）		入院治療を継続する場合の具体的症状（疾患等）		
		自： 月 日		
		至： 月 日		
		通院・入院期間 か月		
医療保険（記号）	国保（ ）・社保（ ）・その他（ ）			
変更後の概算額	円/月			
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関 所在地 名称 主として担当する医師 （59条届出医師） （記名押印又は署名）				

○ 透析導入に伴う入院期間が3か月を超える場合、通院から入院に変更の場合は、症状（疾患）を必ず記入してください。

○ 指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）

更生医療要否意見書（腎臓移植）

氏 名		生年月日	M・T S・H	年 月 日生
現 住 所				
障 害 名		身体障害者手帳	健康保険の種類	
原 傷 病 名		等級 級	記 号 番 号	
初診年月日	平成・令和 年 月 日	年 月 日交付		
		申 請 中		

1 更生医療

医療の具体的方針	医療費の概算額		
	区 分	金 額 (月額)	備 考
	手 術		
	投 薬・注 射		
	処 置		
	検 査		
	放 射 線 検 査		
	放 射 線 治 療		
	基 本 診 療		
	入 院		
	通 院		
手術予定日 令和 年 月 日 入院予定期間 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 か月	透 析		
	特 別 食		
	そ の 他		
	合 計		
	診療効果見込	術前等級 級 術後等級 級	

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）

2 腎機能

(1) 検査成績

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分, 測定不能)
- イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dl)
- ウ 血清尿素、窒素 (mg/dl)
- エ 24時間尿量 (ml/日)
- オ 腎エコー所見 ()

(2) その他参考となる検査所見 (胸部X線、眼底所見、心電図)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(3) 臨床症状

- ア 尿毒症性心包炎 (有・無) 【 】
- イ 尿毒症性出血傾向 (有・無) 【 】
- ウ 尿毒症性中枢神経症状 (有・無) 【 】
- エ 腎不全に基づく末梢神経症状 (有・無) 【 】
- オ 腎不全に基づく消化器症状 (有・無) 【 食欲不振 ・ 吐心 ・ 嘔吐 ・ 下痢 】
- カ 水分電解質異常 (有・無) 【 Na mEq/l、K mEq/l、Ca mEq
P mg/dl、浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、その他 mg/dl】
- キ 腎不全に基づく精神異常 (有・無) 【 】
- ク X線上における骨異栄養 (有・無) 【 高度 中等度 軽度 】
- ケ 腎性貧血 (有・無) 【 Hb g/dl、Ht %、赤血球数 $\times 10^6$ /mm³ 】
- コ 代謝性アシドーシス (有・無) 【 CO₂ 又はHCO₃⁻ mEq/l】
- サ 重篤な高血圧症 (有・無) 【 最大血圧 / 最小血圧 / mmHg】
- シ 腎不全に直接関連するその他の症状 (有・無)
- 【 】

3 日常生活の制限による分類

- ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの
- イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障はないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- エ 自己の身の周りの日常生活活動も著しく制限されるもの

4 上記の機能障害を起こした年月日 年 月 日

5 障害が永続すると判定された年月日 年 月 日

推定
確認

6 現在までの治療内容

(慢性透析療法実施の有無) 有 ・ 無

血液透析 回/週、 年 月開始、 年 か月

CAPD 年 月開始、 年 か月

(その他の治療)

.....
.....
.....
.....
.....

7 その他の障害

.....
.....
.....
.....
.....

令和 年 月 日
指定自立支援医療機関
所在地
名称
主として担当する医師
(59条届出医師)
(記名押印又は署名)

更生医療要否意見書（腎臓機能障害）

訪問看護

氏名			生年月日	M・T S・H 年 月 日生
現住所				
障害名	腎臓機能障害		身体障害者手帳 級	健康保険の種類
原傷病名			昭・平・令 年 月 日交付	
初診年月日	昭・平・令 年 月 日		申請中	(記号・番号)
病歴および現症	※具体的に記載してください。		1. 検査成績（透析導入前・透析前・早朝空腹時） ア 内因性クレアチンクリアランス値 （ ml/分・測定不能） イ 血清クレアチン濃度（ mg/dℓ） ウ 血清尿素窒素濃度（ mg/dℓ） エ 24時間尿量（ ml/日） オ ヘマトクリット（ %） カ 腎エコー所見 〔 〕	
	●入院治療を要する場合の具体的症状(疾患等) ※入院の場合は必ず記載してください。 〔 〕		2. その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)	
医療の具体的方針	・血液透析（回数 /週 か月間）	医療概算額	金額	
	・CAPD（回数 /日 か月間）	算定表	(1か月当たり)円	備考
	・その他	診察・検査		
	(参考)	投薬・注射		
	・透析（開始・予定）平・令 年 月 日	透析・処置		
	・腎移植手術年月日 平・令 年 月 日	入院		
		その他		
		合計		
この意見書による	入院	令和 年 月 日から	か月間	
診療見込期間	通院	令和 年 月 日から	か月間	
*医療機関の変更（前医療機関名 令和 年 月 日転院） （通院→入院 入院→通院 入院→入院 通院→通院） ※該当するものを○印で囲んでください。				
令和 年 月 日 指定訪問看護事業者 所在地 名称 管理者名 (記名押印又は署名)				

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）

○やむを得ず、腎移植後の抗免疫療法を「腎臓に関する医療」で指定した指定自立支援医療機関で実施する場合は、「医療の具体的方針欄」に①腎移植術実施の医療機関名、②連携する移植施設の医師名、③現医療機関（「腎臓移植に関する医療」）での抗免疫療法の開始時期、を記載すること。