

自立支援医療(更生医療)に関する意見書(じん臓機能障害)

| フリガナ | | | 男・女 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 | 月 | 日(歳) |
|---|--|----------------|-----|----------------|-----|-----|-------|
| 受診者氏名 | | | | | | | |
| 受診者住所 | | | | | | | |
| 原因疾患名 | | | | | | | |
| 経過・現症 | <p><新たに更生医療にて人工透析を導入する場合のみ記載></p> <p>(1)血清クレアチニン濃度 (mg/dl)</p> <p>(2)血清尿素窒素濃度 (mg/dl)</p> <p>(3)内因性クレアチニンクリアランス値 (ml/min)</p> | | | | | | |
| 医療方針 及び 治療効果 | (入院・入院及び通院・通院) | | | | | | |
| 治療見込期間 | 平成 年 月 日 から平成 年 月 日 まで (ヶ月・ 日間) | | | | | | |
| 治療効果見込 | 手術等施行前の等級 級 施行後の等級 級 <理由> | | | | | | |
| 医療費概算額 | 医療機関 金 0 円也 薬局(院外処方分のみ記入) 金 0 円也 (薬局分) | | | | | | |
| 区分 | 内容 | 月別医療費内訳 (単位:円) | | | | | |
| | | 1 ヶ月目 | ヶ月目 | ヶ月目 | ヶ月目 | ヶ月目 | ヶ月目 |
| 入院料 | | | | | | | 0 |
| 通院料 | | | | | | | 0 |
| 手術料 | | | | | | | 0 |
| 注射薬物料 | | | | | | | 0 |
| 処置料 | | | | | | | 0 |
| 検査料 | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | 0 |
| 院外処方 | | | | | | | 0 |
| 計 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <p>現症により障害者自立支援法に規定する自立支援医療(更生医療)に該当するものと認める。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | | | | | |

※この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規定第六条に基づき無償となります。