

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		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	令和 年 月 日 から令和 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 円也 薬局(院外処方分のみ記入) 金 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							
通院料							
手術料							
注射薬物料							
処置料							
検査料							
院外処方							
計							
<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>令和 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。