

<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	男 ・ 女
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) ・血清クレアチニン濃度 (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 (年 月 日) 手術予定日 (年 月 日) 手術名 () 更生医療適用開始予定日 (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 平成 年 月 日

指定医療機関名

医師氏名（意見書作成）

印

科 名

医師氏名（指定医療機関届出）

印