

氏名 男・女 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

住所

（記入又は該当するものを○で囲むこと）

1、診断名

2、腎機能検査結果（診断日に直近の検査結果を記入すること）

ア 内因性クレアチンクリアランス値 ml /分 測定不能 測定せず
 イ 血清クレアチニン濃度 mg/dl
 ウ 血清尿素窒素濃度 mg/dl
 エ 24時間尿量 ml /日
 オ 尿所見 無尿 蛋白（ ）糖（ ）沈渣（赤血球 白血球 円柱）

3、その他参考となる検査所見（胸部X線、眼底所見、心電図等）

4、臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の[]欄に記入すること）

ア 腎不全に基づく末梢神経症 (有・無) []
 イ 腎不全に基づく消化器症状 (有・無) [食思不振、悪心、嘔吐、下痢]
 ウ 水分電解質異常 (有・無) [Na mEq/l K mEq/l Ca mEq/l P mg/dl
 浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血]
 エ 腎不全に基づく精神異常 (有・無) []
 オ X線上における骨異栄養症 (有・無) [高度、中程度、軽度]
 カ 腎性貧血 (有・無) [Hb g/dl、Ht % 赤血球 × 10⁴/mm³]
 キ 代謝性アシドーシス (有・無) [CO₂またはHCO₃ mEq/l]
 ク 重篤な高血圧症 (有・無) [収縮期 / 拡張期 mmHg]
 ケ 腎不全に直接関連するその他の症状 (有・無) []

5、現病歴及び現在までの治療内容

6、今後の医療の具体的方針

ア 透析療法
 導入日 平成・令和 年 月 日 予定・開始
 a 血液透析 回 / 週 時間 / 回
 b 腹膜透析
 イ 腎移植 平成・令和 年 月 日 予定・移植
 ウ 腎移植後抗免疫療法
 (平成・令和 年 月 日 腎移植)
 エ その他

オ 自立支援医療予定期間
 a 入院 日間
 令和 年 月 日から 年 月 日まで
※入院が必要な理由
 (主たる診療が更生医療の対象でない場合、入院基本料等は支給対象になりません。)
 b 通院 日間
 令和 年 月 日から 年 月 日まで

7、医療費概算額（内訳別紙）

円

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

指定自立支援医療機関の名称（電話番号）

更生医療担当医師名

㊞