

自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書 (腎・肝を除く)

氏 名		男 女	妊 働 職	年	月	日 生
住 所						
障 害 名						
病 名						
発病年月日	年		月		日	
(不自由の状況)						
(医療の具体的方針)						
(手術日 月 日)						
治療見込み期間	入院	通院				
(治療後における回復見込み)						
医 療 概 算 額						
区 分	費 用	区 分	費 用			
手 術	円	基 本 診 療	円			
注 射 投 薬	円	入 院 ()	円			
処 置	円					
検 査	円					
そ の 他	円	医 療 費 概 算 額 計	円			
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 指定医療機関名 医 師 名 印 </div>						

<富山県障害者相談センター記入欄> 自立支援医療費(更生医療)の給付は 適当・不適 と審査する。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 医 師 名 印 </div>	
---	--

自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書

腎					新規	継続	変更	免疫	
氏名				男女	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
住所									
障害名				現疾患名					
透析療法を必要とする病歴 (新規のみ記入)									
初診診察日	昭和・平成	年 月 日	透析導入月	昭和・平成	年 月 日				
医療予定期間	平成	年 月 日	～	年 月 日	入院	ヵ月間	通院	ヵ月間	
入院年月日	入院を必要とする理由 (入院期間のある場合は、必ず理由を記入すること)								
年 月 日									
合併症	有 ()							無	
医療の具体的方針									
現 症	検査成績 (最近の検査値)	尿素窒素	mg/dl	ヘマトクリット	%				
	透析前値	クレアチニン	mg/dl	心胸比	%				
	年月日	尿酸	mg/dl	体重	kg				
	現在	ナトリウム	mEq/L	尿量	ml/日				
		カリウム	mEq/L	心電図所見					
		カルシウム	mg/dl						
		無機リン	mg/dl						
	総蛋白	g/dl							
医療費概算額 (食事療養費を除く)									
透 析	円	透析頻度	回/週	透析時間	時間/回				
		夜間	(有 無)						
注射 投薬	円								
処 置	円								
診 療	円	入院	ヵ月	通院	ヵ月				
検 査	円								
そ の 他	円								
医療費概算合計額								円	
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。									
指定医療機関名									
平成	年	月	日	医 師 氏 名					㊟

自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書

肝				新規	継続	変更	
氏名	男 女	生年 月日	大・昭 平 年 月 日(歳)				
住所							
原因疾患名							
現病歴							
医療の具体的方針※1	(手術日 平成 年 月 日)						
治療効果※2							
治療予定 期間	平成 年 月 日～ 年 月 日			入院	ヶ月間	通院	ヶ月間
検 査 成 績 最近の 検査 デー タ 年 月 日 現在	GOT(AST)	IU/L	血小板				/mm ³
	GPT(ALP)	IU/L	血清アルブミン値				g/dl
	γ-GTP	IU/L	プロトロンビン時間				秒・%
	ALP	IU/L	血清総ビリルビン値				mg/dl
	LDH	IU/L					
医療費概算額 (食事療養費を除く)							
区 分	費 用		区 分	費 用			
手 術	円		基本診療	円			
注射 投薬	円		入院期間(ヶ月)	円			
処 置	円						
検 査	円						
医療費概算合計額							円
上記のとおり診断し、その医療費を概算します。							
指定自立支援医療機関名							
平成 年 月 日	医 師 氏 名						㊟

※1 医療の具体的方針の欄には「手術名」「手術日」「治療の内容」。また、入院期間のある場合には「入院の必要な理由」などを記入して下さい。

※2 治療効果の欄には「障害の軽減状況」「身体機能の改善状況」などを記入して下さい。

〈富山県障害者相談センター記入欄〉							
更生医療は、 要 ・ 不要 と判定する。							
平成 年 月 日	医 師 氏 名						㊟