

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	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。 年 月 日 <div style="text-align: right;">指定医療機関名</div> <div style="text-align: right;">医 師 名 (印)</div>			

(富山県障害者相談センター記入欄) 更生医療の給付は 適当・不適 と審査する。 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

肝		新規	継続	変更
氏名	男 女	生年 月日	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 年 月 日)			
治療効果※2				
治療予定 期 間	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				
年 月 日 医師氏名 (印)				

※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〉				
更生医療の給付は 適当 ・ 不相当 と審査する。				
年 月 日 医師氏名 (印)				

自立支援医療(更生医療)意見書及び診断書

腎		新規	変更	免疫
氏名	男・女	生年月日	年	月 日生
住所				
障害名			原疾患名	
透析療法を必要とする病歴	※新規の申請の場合には必ずご記入下さい。			
初診日	年 月 日	透析導入日	年 月 日	
医療予定期間	年 月 日～ 年 月 日	入院	ヵ月間	通院 ヵ月間
入院期間の必要性について	※入院期間の申請がある場合には、理由について必ずご記入下さい。			
合併症	有 ()			無
医療の具体的方針				
検査数値	[検査日: 年 月 日] ※最新の透析前の検査値でご記入下さい。			
	尿素窒素	mg/dl	ヘマトクリット	%
	クレアチニン	mg/dl	心胸比	%
	尿酸	mg/dl	体重	kg
	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) ※1年間の概算額で各項目をご記入下さい。				
透析	円	入院	ヵ月間	通院 ヵ月間
手術	円		透析頻度	回/週
注射 投薬	円		透析時間	時間/回
処置	円		夜間透析 (有 ・ 無)	
診療	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。				
指定医療機関名				
年 月 日	医師氏名			
	(印)			