様式第６号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（じん臓機能障害用）

**自立支援医療（更生医療）給付意見書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 男女 | 生年月日 | 大　昭平　令　　 　年　 　月　 　日生 |
| 現住所 | 福岡市　　　区 |
| 障がい名 | 　じん臓機能障害 | 身体障害者手帳等級　　　級　　年　　月　　日交付　申請中 | 健康保険の種類記号・番号(　　　　　　　　　　　) |
| 原傷病名 |  |
| 初診年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 病歴および現症 | 今回入院の場合入院の目的 | 検査成績（透析導入前・透析前・早朝空腹時）ア　内因性クレアチニン・クリアランス値イ　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　ヘマトクリット　　　　（　　　　　　％）カ　尿所見 |
| 医療の具体的方針 | ・血液透析（回数　　回／週　　　カ月間）・腹膜透析（回数　　回／日　　　カ月間）・腎移植術（　　　　　年　　月　　日）・腎移植後抗免疫療法（連携医療機関　　　　　　　　　　　）（連携医師名　　　　　　　　　　　　）・その他・透析の初回導入時期　　昭・平・令　　　年　　月　　日（頃）　　　　　　　　　　　　 | 医療費概算額 | 金額（1か月当）円 | 備考 |
| 手　術 |  |  |
| 診察・検査 |  |  |
| 投薬・注射 |  |  |
| 透析・処置 |  |  |
| 入院費 |  |  |
| その他 |  |  |
| 合　計 |  |  |
| この意見書による診療見込期間（両方の場合両方記入してください） | 入院　　　年　　月　　日から　　　日間・ケ月間 |
| 通院　　　年　　月　　日から　　　カ月間・永続 |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　　　指定自立支援医療機関所在地　　　　　　　名　　　　　　　　　　　称　　　　　　　主として担当する医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※更生医療給付の範囲は、じん臓機能障害者に対する人工透析療法、腎移植術およびこれらにともなう医療（シャント部分の炎症・血栓に対する治療、抗免疫療法等）に限られます。例えば、通院で人工透析中の患者が、人工透析療法およびこれらにともなう医療以外の疾患のために入院治療を行うときは、これらの疾患に対する治療費及び入院費は更生医療給付の対象外となり、更生医療費は人工透析療法に対してのみ給付され、入院外扱いとなります。

※指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。（指定自立支援医療機関療養担当規程（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第６条）