<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	
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 ・クレアチニンクリアランス値（　　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（令和　　年　　月　　日） 手術予定日（令和　　年　　月　　日） 手術名：シャント造設術・カテーテル留置術 その他　（　　） 更生医療適用開始予定日（令和　　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　　令和　　年　　月　　日

指定医療機関名及び所在地　　医師氏名（意見書作成）

科　　名　　医師氏名　（指定医療機関届出）　　㊞

㊞