様式６

更生医療意見書(じん臓機能障害用)

氏　　名	男 女	生年月日	年　　月
住　　所		判定区分	新規・期間延長・内容変更
原傷病名		等　　級	級　　（申請中）

現症	検査成績 （透析前値）	（検査成績は、最も新しい日付のものを記入のこと。 血清カリウム値　　mEq/L　血清総蛋白量　　g/dl 血清尿素窒素値　　mg/dl　ヘマトクリット値　　% 血清クレアチニン値　　mg/dl　一日尿量　　ml
	合併症の有無	有　（　　）　無

更生医療	医療の具体的方針		
	項　　目	内　　容	金　　額
	手　　術		
	投薬注射		
	処　　置	腹膜灌流　血液透析　　回数　　／週	
	診察検査		
	入　　院（※）		
	その他		
	合　　計		

備　　考 （※）入院の場合その理由	

上記のとおりである。

平成　　年　　月　　日

指定医療機関名
住　　所
医師名　　印

※　１ヵ月間の医療費概算額（更生医療適用分のみ）を記載してください。但し、見込期間が１カ月未満・腎移植術・同摘出術については、その予定期間を明示し、その期間の医療費を記載のこと。

※　指定自立支援医療機関は、その診療中の受信者又は受信者の保護者及び当該者に対して支給決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（育成医療・更生医療）療養担当規定（平成18年2月28日厚生労働省告示第65号）第6条）