

## 自立支援医療(更生医療)意見書 (腎臓機能障害)

北海道立心身障害者総合相談所

区 分	新 規 ・ 内 容 変 更		
氏 名		市町村名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	男 ・ 女	
障 害 名			障 害 等 級
原傷病名			級
障害現症 及び 治療経過	臨床所見については裏面に記載すること。		
医療の 具体的方針	1 血液透析 ( 週 回 ) 2 腹膜灌流 ( 週 回 ) 3 腎移植術 4 抗免疫療法 ( ) 5 訪問看護 訪問看護ステーション名 ( ) 6 その他		
治療開始 予定日及び期間	入 院	年 月 日 開始予定・	ヵ月間
	通 院	〔手術 年 月 日 予定〕	
	訪問看護	年 月 日 開始予定	
		年 月 日 開始予定 (月 回)	
医療費概算額	合計	手 術	万円
		処置、検査、注射、投薬	万円
		訪問看護	万円
		入 院	万円
	万円	その他( )	万円
上記の治療を要する。 記 載 年 月 日 年 月 日 指定医療機関名 指 定 医 師 名			

## 1 腎機能

内因性クレアチンクリアランス値 ( ml/分 ・ 測定不能 ・ 未実施 )

血清クレアチニン濃度 ( mg/dl )

血清尿酸濃度 ( mg/dl )

24時間尿量 ( ml/day )

赤血球数 (  $\times 10^4 / \text{mm}^3$  )

Hb ( g/dl )

Ht ( % )

Na ( mEq/l ) K ( mEq/l ) Cl ( mEq/l )

Ca ( mg/dl ) P ( mg/dl )

血圧値 ( / mmHg ) ・ 降圧剤 ( 有 ・ 無 )

その他参考となる血液検査所見 (PTH、動脈血ガス分析など)

( )

## 2 その他検査所見

眼底所見、心電図所見等 ( )

心胸比 ( % )

画像診断所見 ( )

その他参考となる所見

( )

## 3 臨床症状

(腎不全に関連する症状や合併症があれば○印)

(1) 心機能障害 ( 心不全 ・ 心嚢液貯留 ・ その他 )

(2) 浮腫・肺うっ血

(3) 中枢神経症状

(4) 末梢神経症状

(5) 精神症状

(6) 消化器症状

(7) 骨異常症

(8) その他関連する症状(具体的に記載)

( )

## 4 備考