

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	大正・昭和・平成・令和	年 月 日 (歳)	男 ・ 女
障 害 名			障害等級 級
原傷病名			
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 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]	
		年 月 日 開始予定	
医療費概算額	合計	手 術	万円
		処置、検査、注射、投薬	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 令和 年 月 日			
指定医療機関名			
指 定 医 師 名			印

裏面へ

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

(8) その他関連する症状(具体的に記載)

()

4 備考