**自立支援医療（更生医療）意見書【じん臓機能障害用】**

**再認定**

**方針変更**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者  氏　名 | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日  　　　（　　　歳） | |
| 受診者  住　所 | |  | | | | 手帳等級 | | | 種 　級 | |
| 従前の  方　針 | | 術名・療法 | | 入院・通院の別 | | | 有 効 期 間 | | | |
|  | |  | | |  | | | |
| 現  症 | 方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況 | | | | | | | | | |
| 検査成績等（透析療法開始直前・透析実施直前 ）  ・内因性ｸﾚｱﾁﾆﾝｸﾘｱﾗﾝｽ値（　　　　　㎖/分）  ・血清クレアチニン濃度（　　　　　㎎/dl）  ・eGFR　　　（　　 　　　㎖/分/1.73㎡）  ・血清尿素窒素濃度（　　　　　　　㎎/dl）  ・尿所見（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | ・ヘモグロビン（　　　　　　　　ｇ/dl）  ・胸部ｴｯｸｽ線写真所見（　　　　　　　 　　）  ・その他参考となる臨床症状 | | | | | |
| 医療の具体的方針 | □ 血液透析（導入・継続)　（　　回／週）  □ ﾊﾞｽｷｭﾗｰｱｸｾｽ（内ｼｬﾝﾄ等）設置  （透析開始予定日　　年　　月　　日）  □ ﾊﾞｽｷｭﾗｰｱｸｾｽ（内ｼｬﾝﾄ等）トラブルの治療  □ 腹膜透析（導入・継続）  （CAPD　　回／日 ・APD ）  □ 腹膜透析留置カテーテル装着術  　　　（透析開始予定日　　年　　月　　日）  □ 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療  □ 腎移植術  □ 腎移植に伴う抗免疫療法  □ 移植腎不適応のための摘出術  □ その他 | | | | 医療費概算額（診療見込期間内の総額） | | | | | |
| 区　分 | | | 摘　要 | | 金　額 |
| 初診･再診料 | | |  | | 円 |
| 投薬料 | | |  | | 円 |
| 注射料 | | |  | | 円 |
| 処置料 | | |  | | 円 |
| 手術麻酔料 | | |  | | 円 |
| 検査料 | | |  | | 円 |
| 入院料 | | |  | | 円 |
| その他 | | |  | | 円 |
| 合　計 | | |  | | 円 |
| 入院を要する場合の理由　 ※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外  手術名  手術予定日（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 診療見込期間  （入院又は通院で１年以内）  ※訪問看護は原則導入時３ヶ月 | | 入　院 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日　通算　　日間 | | | | | | |
| 通　院 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日　通算　　日間 | | | | | | |
| 訪問看護 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日　通算　　日間 | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　年　　　月　　　日  指定自立支援医療機関の所在地  　　　　　　　　　　名　　称  　　　　　　　　　　電話番号  主として担当する医師の氏　名 | | | | | | | | | | |

※　この意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれかに丸印をつけてください。

※　この意見書の作成に当たっては裏面をご参照のうえ、ご記入ください。

* 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。
* 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。

※ 人工透析療法及びじん移植に伴う抗免疫療法の入院又は通院の診療見込期間は、最長１年の取扱いが可能ですが、あくまで治療に必要な期間としてください。

※　緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、２週間以内でかつ１回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告してください。（この場合、表面では「再認定」に丸印をつけてください。）

※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないでください。

* 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料及び当該医療費は支給の対象となりませんので、表面の医療費概算額には含めないでください。
* 入院を要する場合の理由については、具体的に記載してください。

＜記入例＞ シャント閉塞により入院加療の見込みがあるため

　 　 　 　　　骨折治療のため

　　 　 　 　　脳梗塞後遺症により、自宅での生活が困難なため