

自立支援医療要否意見書

氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
診察日	令和 年 月 日	透析導入日 腎移植術施行日	平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日(生体・死体)
現症	検査成績 <small>診察日の直近で、最大間隔の時の透析前値を記入。</small>	血清ナトリウム値 血清カリウム値 血清尿素窒素値 血清クレアチニン値 血清カルシウム値	mEq/l mEq/l mg/dl mg/dl mg/dl 血清リン値 血清総蛋白量 ヘマトクリット値 一日尿量 体重 mg/dl g/dl % ml kg
	現在の症状		
人工腎臓 請求区分	J0381・2・3・4	4の理由	
医療施行概要	金額(円)	内 訳(概略)	
投薬		(透析または抗免疫療法において直接作用する薬剤に限る)	
注射			
透析及び処置		透 週 回 / 1回 時間 / 膜面積 m ²	
		加算：食事障害者等 夜間 透析 腹膜透析 J042 1・2 週 日	
		包括薬剤等	
手術			
検査			
基本及び 特掲診療料等 (外来)		再診料 慢性維持透析患者外来医学管理料 在宅自己腹膜灌流指導管理料	
基本及び 特掲診療料等 (入院)		入院年月日 入院理由：	今回の申請期間
		【DPC 包括請求】 該当・非該当 / 【DPC 退院時処方 有・無】	
処方箋料等			
合計金額	円		
備考			

上記のとおり自立支援医療（更生医療）が必要と認める。

障害者総合支援法第54条の2項の規定する
指定自立支援医療機関の所在地及び名称
自立支援医療を主として担当する医師の氏名

Ⓔ

- 1 入院・外来毎に別葉に自立支援医療要否意見書を作成してください。
- 2 外来の場合は、1か月間の医療費概算額(10割相当額)及び内訳を記載してください。
また、入院及び1か月未満の場合は、その期間の概算額及び内訳を記載してください。
- 3 該当項目及び請求した加算額等を○で囲んでください。
- 4 包括薬剤等を使用した場合は、透析及び処置欄の包括薬剤等欄に記載してください。