

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	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		
	析	加算：食事 障害者等 夜間 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	今回の申請期間		
		入院理由：			
		【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

印

- 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。