「別紙3－2」

(腎)

更生医療(じん臓機能障害)意見書

住所		ふりがな 氏名		男 女	生年月日	明 大 昭 平　年　月　日
原傷病名						
障害名						
更生医療　要 否	入院　日 通院　日　計　日 (最長1年以内)		治療効果見込み　有・無			

経過

【透析導入年月日：　年　月　日】

現症　※透析前の検査成績(BUN、Cre、Na、K、Cl等)の記載もお願いします。

診療の具体的方針

・血液透析（回数　/週　か月間）
・ＣＡＰＤ（回数　/週　か月間）

年　月　日

指定医療機関名
所在地
連絡先

主として担当する医師（59条届出医師）

医療費概算

	摘要	点数
手術		
投薬・注射		
処置		
検査		
基本診療		
入院		
人工じん臓による血液透析		
輸血		
その他		
計	点	
食事療養費	円	

治療前の等級　級、治療後の等級　級

更生医療の給付は { 適当 / 不適当 } と認める。

年　月　日

判定医

※(裏面)記載に関しての注意事項があります。

沖縄県身体障害者更生相談所