

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	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	（ 歳） 男・女
障 害 名			障害等級
原傷病名			級
既 治 療 経 過 及 び 障 害 現 症	臨床意見については裏面に記入すること。		
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 通 院	平成 年 月 日開始予定・ カ月間 (手術/平成 年 月 日予定) 平成 年 月 日開始予定	
医 療 費 概算月額	合計 万円	手 術 処置・検査・注射・投薬 入 院 その他 ()	万円 万円 万円 万円
上記の治療を要する。 記 載 年 月 日 平成 年 月 日 指 定 医 療 機 関 名 指 定 医 師 名			

裏 面 へ

臨床所見

(検査年月日 平成 年 月 日)

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/H)

赤血球数 ($\times 10^4/\text{mm}^3$)

Hb (g/dl)

Ht (%)

Na (mEq/l) K (mEq/l) Cl (mEq/l)

Ca (mEq/l) 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. その他の検査所見

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. 臨床病状 (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. 骨異常栄養症

8. その他関連する症状 (具体的に記載)

()

4. 備考