

自立支援医療（更生医療）

じん臓

医学的意見（判定）書

氏名	大・昭・平・令	年	月	日生	歳
----	---------	---	---	----	---

医学的所見

傷病名：

その原因となった疾病・外傷名：

治療経過：1) 原因となった疾病・外傷を起こした年月日 …………… 年 月 日
 2) 透析開始していないとき、障害が永続すると判断した年月日 …… 年 月 日頃
 3) 現在までの経過・治療内容

4) 慢性透析療法の実施状況（無・有→開始日 年 月 日、回数 回/週）

◇機能障害の状況及び所見（ 年 月 日）透析療法中の場合は開始直前のもの

(1) じん機能

- 1. 内因性クレアチンクリアランス値（24時間法）…………… [mL/分：測定不能・未測定]
- 2. eGFR …………… [mL/分/1.73m²]
- 3. 血清クレアチニン濃度 …………… [mg/dL]
 ※数値が5mg/dL以上のデータがない場合、過去において最も高い数値を記入してください。
 ※5mg/dL未満の場合は、透析導入の必要性を明記してください。

[]

- 4. 血清尿素窒素濃度 …………… [mg/dL]
- 5. 24時間尿量 …………… [mL/日]
- 6. 尿所見 …………… [糖： 蛋白： 潜血：]

(2) 日常生活の制限による分類（エ. 以外に該当する場合は、更生医療は認められません。）

- ア. 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなくそれ以上の活動でも著しく制限されることがないもの
- イ. 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- ウ. 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- エ. 自己の身の周りの日常生活活動も著しく制限されるもの

(3) 臨床症状（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を [] 内に記入してください。）

- 1. 尿毒症性心包炎 …………… (有・無) []
- 2. 尿毒症性出血傾向 …………… (有・無) []
- 3. 尿毒症性中枢神経症状 …………… (有・無) []
- 4. じん不全に基づく末梢神経症 …… (有・無) []
- 5. じん不全に基づく消化器症状 …… (有・無) [食思不振・悪心・嘔吐・下痢]
- 6. 水分電解質異常 …………… (有・無) [Na _____ mEq/L・K _____ mEq/L
 浮腫・乏尿・多尿・脱水・肺うっ血
 Ca _____ mg/dL・P _____ mg/dL
 その他 () 補正Ca _____ mg/dL]
- 7. じん不全に基づく精神異常 …… (有・無) []
- 8. X線写真所見における骨・関節病変 …… (有・無) [高度・中等度・軽度]
- 9. じん性貧血 …………… (有・無) [赤血球 _____ ×10⁴/mm³・Hb _____ g/dL・Ht _____ %]
- 10. 代謝性アシドーシス …………… (有・無) [HCO₃ _____ mEq/L]
- 11. 重篤な高血圧症 …………… (有・無) [血圧：最大/最小 _____ / _____ mmHg]
 降圧剤服用 …………… (有・無)
- 12. じん不全に直接関連するその他の症状… (有・無) []

(4) その他参考となる検査所見

胸 部 X 線：
 心 電 図：
 眼 底 所 見：
 腹 部 エ コ ー：
 M R I 所 見：
 C T 所 見：
 そ の 他：

(5) その他の障害

(6) 総合所見

◇今後の医療

- 機能回復の見込み [ある ・ なし]
- 医療の具体的方針（腹膜透析・血液透析・腎移植術・移植後免疫抑制療法）
- 医療費概算内訳 ◎医療開始予定日 令和 年 月 日

要 治 療 日 数	要入院：	日間	要通院：	日間	合 計：	日間
① 初 診 ・ 再 診		点	⑦ 入 院			点
② 投 薬		点	⑧ 血 液 透 析			点
③ 注 射		点	⑨ 腹 膜 透 析			点
④ 手術・処置・麻酔		点	⑩ そ の 他			点
⑤ 検 査		点	健保点数合計			点
⑥ レ ン ト ゲ ン		点	合計点数×10			円

令和 年 月 日

診察結果による医学的所見は上記のとおりです。 医療機関名：

所在地：

電 話： () —

医 師 名：

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

《医学判定》

令和 年 月 日

自立支援医療（更生医療）が必要であると [認めます ・ 認めません]。

神戸市障害者更生相談所 医 師 名

印