

## 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。  <div style="text-align: center;">           記 載 年 月 日          平成    年    月    日             指 定 医 療 機 関 名             指 定 医 師 名         </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>			

## 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)

血清尿窒素濃度 ( 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. 骨異栄養症

8. その他関連する症状 (具体的に記載)

( )

## 4. 備考