|  |
| --- |
| 腎・移植 |

様式例　自２－２

**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  診察日の直近で､最大間隔の時の透析前値を記入。 | 血清ナトリウム値　　　　　　mEq/l  血清カリウム値　　　　　　mEq/l  血清尿素窒素値　　　　　　mg/dl  血清クレアチニン値　　　　　　mg/dl  血清カルシウム値　　　　　　mg/dl | | | | 血清リン値　　　　　　mg/dl  血清総蛋白量　　　　　　　ｇ/dl  ヘマトクリット値　　　　　　　　%  一日尿量　　　　　　　　ml  体重　　　　　　　　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  析 | 週　　　回　/　１回　　　時間　/　膜面積　　　　　㎡ | | |
| 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**

㊞

　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。

千葉県中　央東葛飾障害者相談センター

腎移植・抗免疫療法の注意点

|  |
| --- |
| 腎・移植 |

様式例　自２－２

**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  診察日の直近で､最大間隔の時の透析前値を記入。 | 血清ナトリウム値　　　　　　mEq/l  腎移植術施行年月日及び、生体腎か死体腎かに〇をつける。  血清カリウム値　　　　　　mEq/l  血清尿素窒素値　　　　　　mg/dl  血清クレアチニン値　　　　　　mg/dl  血清カルシウム値　　　　　　mg/dl  必ず1日尿量を記載する。  入院中は体重も記載する。 | | | | 血清リン値　　　　　　mg/dl  血清総蛋白量　　　　　　　ｇ/dl  ヘマトクリット値　　　　　　　　%  一日尿量　　　　　　　　ml  体重　　　　　　　　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  薬剤は抗免疫療法において直接作用する薬剤に限る。 | |  | （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  腎移植手術と透析療法を同時に行う場合もある。 | |  | 透  析 | 週　　　回　/　１回　　　時間　/　膜面積　　　　　㎡ | | |
| 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）  抗免疫療法に直接関係のない入院理由では、入院費用は対象外となります。 | |  | 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。

自立支援医療（腎移植）を主として担当する医師であるかを確認してください。

**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** ㊞

　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。

千葉県中　央東葛飾障害者相談センター

透析療法の注意点

|  |
| --- |
| 腎・移植 |

様式例　自２－２

**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  診察日の直近で､最大間隔の時の透析前値を記入。 | 血清ナトリウム値　　　　　　mEq/l  透析導入年月日を記載する。病院が変わる時などずれることがあるので、注意する。  血清カリウム値　　　　　　mEq/l  血清尿素窒素値　　　　　　mg/dl  血清クレアチニン値　　　　　　mg/dl  血清カルシウム値　　　　　　mg/dl  人工透析の場合は、J038 １・２・３・４（４は理由も）どれかに〇を。  腹膜透析は、医療施行概要の３段目、透析及び処置の内訳、J042 １・２のどちらかに〇と、週〇日に日数が記載されていることを確認。 | | | | 血清リン値　　　　　　mg/dl  血清総蛋白量　　　　　　　ｇ/dl  ヘマトクリット値　　　　　　　　%  一日尿量　　　　　　　　ml  体重　　　　　　　　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）  投薬欄には、透析に直接作用する薬剤のみを記載すること。 | | | |
| 注射 | |  | インスリン注射は、糖尿病に対する治療のため対象外となります。 | | | |
| 透析及び処置  週〇回、1日〇時間・膜面積〇㎡と記載されている。 | |  | 透  析 | 週　　　回　/　１回　　　時間　/　膜面積　　　　　㎡ | | |
| 加　算　：　食　　事　　障害者等　　夜　　間 | | |
| 腹膜透析Ｊ０４２　　１　・　２　　週　　　　日 | | |
| 包括薬剤等  ↑  包括薬剤等は、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータベゴル製剤及びHIF-PH阻害剤が含まれる。 | | | |
| 手術 | |  |  | | | |
| 検査 | |  |  | | | |
| 基本及び  入院理由が、転倒による骨折など透析治療に直接関係ない場合、入院費は対象外。  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　**←透析の管理料**  在宅自己腹膜灌流指導管理料　**←腹膜透析の指導管理料** | | | |
| 基本及び  特掲診療料等  （入院）  DPCであれば〇をする。 | |  | 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。

自立支援医療（腎臓）を主として担当する医師であるかを確認してください。

**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** ㊞

　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。

千葉県中　央東葛飾障害者相談センター