

## 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	血清ナトリウム値 血清カリウム値 血清尿素窒素値 血清クレアチニン値 血清カルシウム値	mEq/l mEq/l mg/dl mg/dl mg/dl	血清リン値 血清総蛋白量 ヘマトクリット値 一日尿量 体重	mg/dl g/dl % ml 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	m <sup>2</sup>		
		加 算 : 食 事 障害者等 夜 間 腹膜透析 J 0 4 2 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。

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	血清ナトリウム値 血清カリウム値 血清尿素窒素値 血清クレアチニン値 血清カルシウム値	mEq/l mEq/l mg/dl mg/dl mg/dl	腎移植術施行年月日及び、 生体腎か死体腎かに○をつ ける。	
	現在の症状			必ず1日尿量を記載する。 入院中は体重も記載する。	
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。		これ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 週 回 / 1回 時間 / 膜面積 m <sup>2</sup>		加算：食事障害者等 夜間 腹膜透析 J042 1・2 週 日 薬剤等		
	腎移植手術と透析療法 を同時に行う場合もある。				
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)	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。		入院年月日		今回の申請期間
			入院理由：		
処方箋料等	【DPC包括請求】 該当・非該当 / 【DPC退院時処方 有・無】				
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

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。

印

- 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。

透析療法の注意点

腎・移植

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	血清ナトリウム値 血清カリウム値 血清尿素窒素値 血清クレアチニン値 血清カルシウム値	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。 mg/dl g/dl mg/dl mg/dl mg/dl 一日尿量 kg
	現在の症状	人工透析の場合は、J038 1・2・3・4（4は理由も）どれかに○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○と、週○日に日数が記載されていることを確認。	
人工腎臓請求区分	J038 1・2・3・4	4の理由	
医療施行概要	金額(円)	内訳(概略)	
投薬		(透析または免疫療法治療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○回、1日○時間・膜面積○㎡と記載されている。	透析 腹膜透析 J042 1・2 週 日	㎡
手術		↑ 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。	
検査			
基本及特掲診療料(外来)	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。	診療料 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	
基本及特掲診療料等(入院)	DPCであれば○をする。	入院年月日 入院理由： C包括請求】 該当・非該当 / 【DPC退院時処方 有・無】	今回の申請期間
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

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。

Ⓔ

- 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。