

自立支援医療（更生医療）に関する意見書（じん臓機能障害用）

フリガナ 受診者氏名	ミヤギ ハナコ 宮城 花子	男 女	明治・大正 昭和・平成	〇〇年 〇 月 〇 日 (70歳)			
受診者住所	〇〇市△△町3-7-1						
原因疾患名	意見書記入時点の年齢になります						
経過・現症	平成18年から糖尿病の治療 平成29年から腎機能低下 令和3年4月1日から血液透析導入とする						
治療見込期間内 での受診方法別 を記入	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           &lt;新たに更生医療にて人工透析を導入する場合のみ記載&gt;         </div> (1) 血清クレアチニン濃度 ( 8 mg/dl ) (2) 血清尿素窒素濃度 ( 10 mg/dl ) (3) 内因性クレアチニンクリアランス値 ( ml/min )						
	医療方針 及び 治療効果	入院・入院及び通院・通院 通院で、週3回の外来維持透析療法を行う。 ただしシャントに係る処置等の必要が発生した場合には、(当医療機関での)入院での人工透析療法を行うこととなります(〇日間/月 程度の入院)。  人工透析療法を行うことで、全身状態の改善を得ることができる。					
治療見込期間	令和3年 4年 1日 から 令和4年 3月31日まで( 12か月・ 日間)			治療が必要と考えられる期間を記入			
治療効果見込	手術等施行前の理由	1 級	施行後の等級	1 級			
医療費概算額	医療機関	金	4,800,000 円也	(〇〇薬局分)			
	薬局(院外処方分のみ記入)	金	900,000 円也				
区分	内容	月 別 医 療 費 内 訳 (単位:円)					
		1 か月目	2 か月目	3 か月目	3 か月目~ 12 か月目	ヶ 月 目	計
入院料		400,000	400,000				800,000
通院料					10,000	10,000	100,000
手術料							
注射薬物		90,000	90,000				180,000
概算の内訳を 記入		300,000	300,000		300,000	300,000	3,600,000
		10,000	10,000		10,000	10,000	120,000
院外処方					90,000	90,000	900,000
計		800,000	800,000		410,000	410,000	5,700,000
現症により障害者総合支援法に規定する自立支援医療（更生医療）に該当するものと認める。  令和 3年 3月19日  指定自立支援医療機関名 <b>みやぎ県民病院</b> 電話番号 担当医師名 <b>青葉 太郎</b> 印							

※ この意見書は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定第六条に基づき無償となります。