

(担当福祉事務所名)	福祉事務所
(担当市町村名)	

療相(福)第 号
年 月 日

じん臓機能障害者医学判定意見書 (I)

ふりがな	氏名		生年月日 T S H	年 月 日	才	職業	生活保護(有・無)
現住所			手帳	申請中・有	年 月 日交付	号 種 級	障害名
現症病名							
現病							
慢性透析療法実施前の状態(不明の場合は現状を記入)							
(1) じん臓機能(検査年月日 年 月 日)							
ア 内因性クレアチンクリアランス値				(	ml/分)	測定不能	
イ 血清クレアチニン濃度				(	mg/dl)		
ウ 血液尿素、窒素濃度				(	mg/dl)		
エ 24時間尿量				(	ml/h)		
オ 尿所見				(	)		
合併症				具体的方針・効果			
指定自立支援医療機関名							
				年 月 日			
診療科名							
				更生医療を主として担当する医師			

※以下には記入しないでください。

センター記入欄	※医学的判定 障害者総合支援法による更生医療の必要を(認めます・認めません) 年 月 日 神奈川県立総合療育相談センター判定医
---------	---

判定結果は上記のとおりです。

神奈川県立総合療育相談センター所長

更生医療意見書 (I)

フリガナ				年齢	歳	T S H	年 月 日		
氏 名									
住 所									
病 名				発病年月日		年 月 日			
医療の 具体的方針		入院（開始予定日） 年 月 日 ～ 退院（予定）日 年 月 日 通院（開始予定日） 年 月 日 ～ 手術（予定）日 年 月 日 院外処方（有・無）							
医 療 費 概 算 額	内 訳 (※)		第 月	第 月	第 月	第 月	第 月	第 月	計
			年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
	薬 治 料	(薬品名)	点	点	点	点	点	点	点
	注 射 料	(品 名)							
	処 置 料	(処置名)							
	手 術 料	(手術名)							
	検 査 料	(検査名)							
	そ の 他								
	入 院 料								
	通 院 料								
	合 計 点 数								
	金 額		円	円	円	円	円	円	円
上記のとおり診断する。 年 月 日									
指定自立支援医療機関 住 所 名 称 更生医療を主として担当する医師									
電話番号									
㊟									