|  |
| --- |
| 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