

自立支援医療（更生医療）判定票（じん臓機能障害者用）

氏名		男 女	生年 月日	年 月 日（ 歳）
住所	岡山県			
障害名	(原因となった疾患名) によるじん臓機能障害			
検査値	検査項目		治療開始（導入）前	
	推算糸球体濾過量（eGFR）ml/分/1.73m ²			
	血清クレアチニン濃度 mg/dℓ			
	血清尿素窒素濃度 mg/dℓ			
	ヘモグロビン値 g/dℓ			
	血清ナトリウム／カリウム値mEq/l		/	
	血清カルシウム／リン値 mg/dℓ		/	
	平均1日尿量 ml			
臨床所見等 (1～8に ○をつける)	1. 体液貯留 2. 体液異常 3. 消化器症状 4. 循環器症状 5. 神経症状 6. 血液異常 7. 視力障害 8. その他の合併症()			
治療経過 の概要				
	※転院の予定がある場合→時期: 年 月 日頃(入院・通院)			
具体的な 治療方針 (1～4の いずれかに ○をつける。 該当であ れば複数可)	1. 慢性透析療法 1)手術日(シャント造設.カテーテル埋込み) 年 月 日 2)導入日・導入予定日 年 月 日 3)治療継続の見込み (継続治療 離脱の見込みあり) 2. 訪問看護 (腹膜透析に伴うもの) 3. 腎移植術 →手術予定日 年 月 日 4. 腎移植術後の免疫抑制剤の投与			
日常生活の 制限の程度	1. 家庭内、社会の日常生活制限無し 2. 社会の日常生活の著しい制限 3. 家庭内の日常生活の著しい制限 4. 自己の身の極度な生活制限			
医療費概算 額(1年間の 額とする。) ※訪問看護 については 3ヶ月間の 額とする。	年間医療費概算額(円)		・治療期間の見込み(1年間) 年 月 日から	
	手術料		入院治療期間 日間	
	投薬注射		通院治療期間 ヶ月 日	
	処置		・医療費(上記につき)	
	検査		①入院費総額 円	
	基本料		②通院費総額 円	
	入院		【年間医療費総額】	
訪問看護 ※		①+②=③ 円		
その他				
③合計				
上記のとおり診断します。 年 月 日				
所在地 _____ 主として担当する医師名 _____				
指定自立支援医療機関名 _____ 科 _____				

※裏面の「判定票記入上の留意事項」を参照してください。

「判定票記入上の留意事項」

この判定票による判定結果をもとに、治療期間、治療方針、医療機関等に係る支給決定がされます。この書類の記入にあたって、次のことにご留意下さい。

1. この書類の内容を審査し、自立支援医療（更生医療）の適否を判定しますので、できる限り詳細に記入してください。

2. **原因となった疾患名**：慢性腎不全の起因となった原疾患名を記入してください。

例：糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症、ネフローゼ症候群、嚢胞腎等

3. 検査値

(1) 慢性透析療法（血液透析・腹膜透析）

・新規に人工透析を開始する場合は治療導入前の検査値を記載し、既に人工透析を継続している場合は、治療直前の検査値を記載願います。

(2) 腎移植後の免疫抑制剤療法

・腎移植後に免疫抑制剤を投与している場合は、移植腎機能（直近）の検査値を記載願います。

4. **臨床所見**：慢性腎不全に伴う臨床所見について番号に○をしてください。（複数可）

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 体液貯留（全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫） |
| 2. 体液異常（管理不能の電解質・酸塩基平衡異常） |
| 3. 消化器症状（悪心、嘔吐、食欲不振、下痢など） |
| 4. 循環器症状（重篤な高血圧、心不全、心膜炎） |
| 5. 神経症状（中枢・末梢神経障害、精神障害） |
| 6. 血液異常（高度の貧血症状、出血傾向） |
| 7. 視力障害（尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症） |
| 8. その他の合併症等（慢性腎不全に関連しない疾患、認知症、寝たきり度） |

5. 治療経過の概要：

慢性腎不全となり、透析導入に至った経過、透析導入後の状態、腎移植術の適応、免疫療法の内容、移植腎機能の状態等を記入してください。

特に、透析導入前に血清クレアチニン値が低値の場合で透析導入した場合や、長期（3ヶ月以上）入院加療を必要とする場合には、詳細に記入してください。

また、今後、転院の予定がある場合には、時期及び入院・通院の記入が必要です。

6. 具体的な治療方針：

この判定票において、慢性透析療法とは、継続的に透析療法が必要となっている状態（基本的には離脱の見込みがない状態）で導入されている透析療法を想定しています。

「3）治療継続の見込み」

・腎移植術の施行以外の理由で「離脱の見込みあり」を選択された場合は、別途、状況をお伺いする場合があります。

7. **日常生活制限の程度**：次のとおりの分類により判断してください。

- | |
|---|
| 1. 家庭内、社会の日常生活制限無し→ 極めて温和な日常生活活動について支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限がされることがないもの |
| 2. 社会の日常生活の著しい制限→ 社会での極めて温和な日常生活活動について支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの（身体障害者手帳4級相当） |
| 3. 家庭内の日常生活の著しい制限→ 家庭での極めて温和な日常生活活動について支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの（身体障害者手帳3級相当） |
| 4. 自己の身の極度な生活制限→ 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるか、血液浄化を目的とした治療を必要とするもの、若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの（身体障害者手帳1級相当） |

8. その他の留意事項

具体的な手続きについては、患者の居住地の市社会福祉事務所、町村福祉担当課へ、医学的な判定に関することについては、岡山県身体障害者更生相談所（TEL：086-235-4577）へお尋ねください。