

医学的意見書

(腎臓機能障害用)

氏名		大正・昭和 平成・令和	年	月	日生
住所	埼玉県	郡	市	町	村
① 障害名					
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他 ()				

③ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)

※腎移植のみ記入

提供腎	組織適合性検査	
生体腎 (本人との関係)	血液型 (ABO式)	HLA (テラサキ分類) MLC
死体腎	提供者 型 (RH) 本人 型 (RH)	match grade

④ 障害認定所見 障害程度 (級相当)
[軽度化による将来再認定 要 ・ 不要]
(再認定の時期 年 月 後)

⑤ その他参考となる合併症状

更生医療	期間	入院 日間・通院 日間 (回)
	事前検査	ナトリウム mEq/l ・ 尿素窒素 mg/dl ・ ヘマトクリット % カリウム mEq/l ・ クレアチニン mg/dl ・ 尿量 ml/日 尿酸 mg/dl ・ 総蛋白 g/dl ・ 血液ガス PH
医療	具体的方針 効果	
所見	医療機関名 所在地 診療担当科 作成医師氏名 年 月 日	

【更生相談所記入欄】

令和 年 月 日

適 ・ 否 () 審査医