

|                                                  |                                          |                                                                                                           |  |                          |  |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| 医 学 的 意 見 書                                      |                                          |                                                                                                           |  | (腎臓機能障害用)                |  |
| 氏 名                                              |                                          |                                                                                                           |  | 大正・昭和<br>年 月 日生<br>平成・令和 |  |
| 住 所                                              |                                          | 埼玉県 郡 町<br>市 村                                                                                            |  |                          |  |
| ① 障 害 名                                          |                                          |                                                                                                           |  |                          |  |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名                               |                                          | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害<br>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 )<br>本 人 型 (RH )                                                                                |  | match grade              |  |
| ④ 障害認定所見 障害程度 ( )<br>級相当) [ 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 ] |                                          |                                                                                                           |  |                          |  |
| ⑤ その他参考となる合併症状                                   |                                          |                                                                                                           |  |                          |  |
| 更<br>生<br>医<br>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 %<br>カリウム mEq/l ・クレアチニン mg/dl ・尿 量 ml/日<br>尿 酸 mg/dl ・総蛋白 g/dl ・血液ガス P H |  |                          |  |
|                                                  | 具体的方針<br>効 果                             |                                                                                                           |  |                          |  |
| 所<br><br>見                                       | 医療機関名<br>所 在 地<br>診療担当科<br>年 月 日 医 師 名 印 |                                                                                                           |  |                          |  |