様式第３号（５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医学的意見書　　　（腎臓機能障害用） | | | | | | | | |
| 氏　 名 | | |  | | | 大正・昭和  　　　　　　　年　　　　月　　　　日生  平成・令和 | | |
| 住　 所 | | | 郡 町  埼玉県  　 　　　　　　　市 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 ）  死体腎 | | | | 血液型（ABO式）  提供者 型（RH　　）  本　人 型（RH　　） | | HLA（テラサキ分類）　 MLC  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 | | | | |
| 具体的方針  ・  効　　　果 | |  | | | | |
| 所  見 | | 医療機関名  所　在　地  診療担当科  医　師　名  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |

|  |
| --- |
| 【更生相談所記入欄】 令和 　　年 　　月 　　日  　 適 ・　否（　　 　　　　　　　　　　） 　審査医 |