

# 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	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 )	match grade
	本人 型 (RH )	

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