

(4) その他参考となる検査所見

- 胸 部 X 線：
- 心 電 図：
- 眼 底 所 見：
- 腹 部 エ コ ー：
- M R I 所 見：
- C T 所 見：
- そ の 他：

(5) その他の障害

(6) 総合所見

◇今後の医療

1. 機能回復の見込み [ある ・ なし]
2. 医療の具体的方針（腹膜透析・血液透析・腎移植術・移植後免疫抑制療法）
3. 医療費概算内訳 ◎医療開始予定日 令和 年 月 日

要 治 療 日 数	要入院：	日間	要通院：	日間	合 計：	日間
① 初 診 ・ 再 診		点	⑦ 入 院			点
② 投 薬		点	⑧ 血 液 透 析			点
③ 注 射		点	⑨ 腹 膜 透 析			点
④ 手術・処置・麻酔		点	⑩ そ の 他			点
⑤ 検 査		点	健保点数合計			点
⑥ レ ン ト ゲ ン		点	合計点数×10			円

令和 年 月 日

診察結果による医学的所見は上記のとおりです。 医療機関名：

電 話： () -

医 師 名： ㊞

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

《医学判定》

令和 年 月 日

自立支援医療（更生医療）が必要であると [認めます ・ 認めません]。

神戸市障害者更生相談所 医 師 名 ㊞