

5 その他の検査所見														
胸部レ線			心胸比			%								
心電図														
眼底所見														
(糖尿病を合併する場合) 空腹時血糖			mg/dl, HbA _{1c}			%								
6 臨床症状 (有の場合はそれを裏づける所見を「 」の中に記入)														
心包炎			(有 無)			「 」								
出血傾向			(有 無)			「 」								
中枢神経症状			(有 無)			「 」								
末梢神経症			(有 無)			「 」								
消化器症状			(有 無)			「 」								
体液過剰			(有 無)			「 」								
骨病変			(有 無)			「 」								
精神障害			(有 無)			「 」								
その他腎不全に關係する症状						「 」								
7 活動性の障害程度														
(1) 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。														
(2) 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。														
(3) 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。														
医療の具体的方針														
医療の期間			入院 月間 日間			通院 月間 日間								
医療費の概算額			円			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">入院医療費</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">通院医療費</td> <td>円</td> </tr> </table>			入院医療費		円	通院医療費		円
入院医療費		円												
通院医療費		円												
医療費概算額内訳	手術料	投薬	処置料	検査料	基本治療	入院料	その他	合計						
	円	注射料 円	円	円	円	円	円	円						
更生医療予定年月日			年 月 日 ~			年 月 日								

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定医療機関名

担当医師名

