

# 自立支援医療費(更生医療)見積り明細書

## 人工透析専用(通院・入院共通)

| 氏名                              |  | ※ □は✓、その他は具体的に記入してください。<br>※ 医科診療報酬点数表により算定してください。 |   |
|---------------------------------|--|--|---|
| 種別                              | 摘要<br>医科診療報酬点数表の<br>区分記号・番号・項目を含めて記載   | 点数   | 備考  |
| 診察                              | 再診(通院の場合) 人工腎臓 ( ) 回/週<br>30日中又は31日中 ( ) 回   |  | 摘要欄は1か月の透析回数を記載してください。  |
| 検査                              | <input type="checkbox"/> エックス線フィルム材料料<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) ( 月予定)  |  | 摘要欄には有効期間中の検査項目と実施予定月を記載してください。   |
| 処置                              | J038 人工腎臓(1日につき)<br>1 慢性維持透析を行なった場合1<br><input type="checkbox"/> イ・ <input type="checkbox"/> ロ・ <input type="checkbox"/> ハ<br><input type="checkbox"/> ニ・ <input type="checkbox"/> ホ・ <input type="checkbox"/> ヘ<br>2 慢性維持透析を行なった場合2<br><input type="checkbox"/> イ・ <input type="checkbox"/> ロ・ <input type="checkbox"/> ハ<br><input type="checkbox"/> ニ・ <input type="checkbox"/> ホ・ <input type="checkbox"/> ヘ<br>3 慢性維持透析を行なった場合3<br><input type="checkbox"/> イ・ <input type="checkbox"/> ロ・ <input type="checkbox"/> ハ<br><input type="checkbox"/> ニ・ <input type="checkbox"/> ホ・ <input type="checkbox"/> ヘ<br>4 <input type="checkbox"/> その他の場合<br>J042 腹膜灌流(1日につき)<br>1 <input type="checkbox"/> 連続携帯式腹膜灌流<br>2 <input type="checkbox"/> その他の腹膜灌流 |  |   |
| 特定保険医療材料                        |  |  | 特定保険医療材料については、別表Ⅰ・Ⅱに定められた番号又は名称を記載してください。                                   |
| 薬治                              | <input type="checkbox"/> 局所麻酔薬 ( )<br><input type="checkbox"/> 消毒薬 ( )<br><input type="checkbox"/> その他(透析の際にいつも使用する薬剤)   |  | 透析中不慮の出来事で使用した薬剤は、事後レセプトで請求してください。<br>日常的に服用する薬剤は、更生医療の支給対象とならないため、ご注意ください。 |
| 入院                              | ( ) 日間 人工腎臓 ( ) 回/週  |  |   |
| 食事療養費                           | 標準負担額を除いた金額<br>(透析に直接関わる入院の場合のみ適用)<br>(一食 ( ) 円) × ( ) 回分  |  | 円   |
| その他                             | <input type="checkbox"/> B001 慢性維持透析患者外来医学管理料<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  | B001は透析導入後3ヶ月以上経過し、以後定期的に通院透析を継続する必要がある場合に適用になります。                          |
| 病院事務担当者                         | 合計   | 1ヶ月 合計点数   | 点   |
|                                 |  | 月額 合計金額  | 円   |
| 連絡先電話番号                         |  | 1年間 合計点数   | 点   |
|                                 |  | 年額 合計金額  | 円   |
| 毎月行わない検査は1年間の合計点数及び金額に合算してください。 |  |  |   |