

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		医科診療報酬点数表の区分記号・番号・項目を含め記載してください				
種 別	摘 要		点 数	備 考		
診 察	通院	人工腎臓 () 回/週 () 回/月		透析回数は1週間あたりと1か月あたりの回数を記載してください。		
	入院	() 日間 人工腎臓 () 回/週		入院の場合、入院予定日数と透析回数を記載してください。		
検 査				透析に直結する検査を記載してください。		
処 置	J 0 3 8 人工腎臓 (1日につき)	区分記号・番号・項目 () ()		医科診療報酬点数表の区分記号・番号・項目を記載してください。 【記載例】 J 0 3 8 人工腎臓 1 慢性維持透析を行った場合 1 ハ 5時間以上の場合 → (1) (ハ) と記載してください。		
	J 0 4 2 腹膜灌流 (1日につき)	区分記号・番号・項目 () ()				
	その他	区分記号・番号・項目				
特定保険 医療材料				医科診療報酬点数表の別表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	☐ 局所麻酔薬 () ☐ 消毒薬 () ☐ その他 (透析の際にいつも使用する薬剤)			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。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。		
食事療養費	標準負担額を除いた金額 (透析に直接関わる入院の場合のみ) (一食 () 円) × () 回分					
そ の 他	☐ B 0 0 1 慢性維持透析患者外来医学管理料					
病院事務担当者 _____ 連絡先電話番号 _____		合 計	1 ヶ月 合計点数	点	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。	
			月 額 合計金額	円		
			1 年間 合計点数	点		
			年 額 合計金額	円		