

自立支援医療（更生医療）治療経過及び予定報告書

令和 年 月 日

倉敷市倉敷社会福祉事務所長 様

指定自立支援医療機関（腎臓）
所在地及び名称

科

主として担当する医師氏名

自立支援医療（更生医療）の治療経過及び予定について下記のとおり報告する。

記

受給者番号		患者氏名	
治療経過の概要 （年間医療費概算額も併せて記入のこと）	<input type="checkbox"/> 慢性透析療法を継続している <input type="checkbox"/> 慢性透析療法を離脱（中止）している（離脱・中止時期： 年 月） （年間医療費概算額 円/年額）		
今後の治療の予定概要	治療継続の見込み（ <input type="checkbox"/> 継続治療 <input type="checkbox"/> 離脱（中止）の見込みあり） 治療内容（ <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析）		
医療の具体的方針及び治療期間の変更を求める場合は、その旨を記入のこと。			
その他			