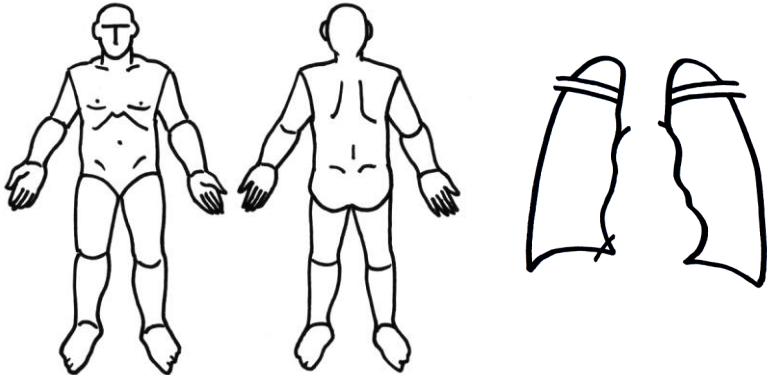


自立支援医療（更生医療）要否意見書（免疫機能障害用）

				1 新規 2 変更 3 再認定																					
ふりがな		生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日		男・女	年齢																			
氏 名																									
住 所																									
身体障害者 手 帳	番号	等級	交付日	昭 和 平 成	年 月 日																				
既往歴																									
障 害 の 発 生 と 経 過	(1) 免疫の機能障害を起こした日		昭和 平成	年 月 日	推定 確認																				
	(2) 障害が永続すると判定された日		昭和 平成	年 月 日	推定 確認																				
	(3) 現在までの治療経過																								
手術年月日 年 月 日																									
・合併症の種類と場所				・参考図示																					
1 帯状疱疹 2 結核 3 カポジ肉腫 4 カンジタ症 5 ニューモシスチス肺炎 6 単純疱疹 7 クリプトコッカス髄膜炎 8 トキソプラズマ脳炎 9 サイトメガロウィルス症 10 非結核性抗酸菌症 11 HIV脳症 12 脳リンパ腫 13 その他																									
				・検査所見																					
				<table><tr><td>区 分</td><td>検査年月日 検査値</td><td>検査年月日 検査値</td></tr><tr><td>CD4陽性Tリンパ球数 ／ μ l</td><td></td><td></td></tr><tr><td>白血球数 ／ μ l</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Hb量 g／dl</td><td></td><td></td></tr><tr><td>血小板数 ／ μ l</td><td></td><td></td></tr><tr><td>HIV-RNA量 copy／ml</td><td></td><td></td></tr></table>				区 分	検査年月日 検査値	検査年月日 検査値	CD4陽性Tリンパ球数 ／ μ l			白血球数 ／ μ l			Hb量 g／dl			血小板数 ／ μ l			HIV-RNA量 copy／ml		
区 分	検査年月日 検査値	検査年月日 検査値																							
CD4陽性Tリンパ球数 ／ μ l																									
白血球数 ／ μ l																									
Hb量 g／dl																									
血小板数 ／ μ l																									
HIV-RNA量 copy／ml																									

(氏名 男・女 年齢) (要否意見書が別葉になる場合に記入)

治療方針	抗HIV療法	治療薬											
		その他											
	免疫調節療法												
	その他HIV感染に対する医療	合併症の予防及び治療等											
		その他											
診療見込期間		入院 自 月 日				入院外 自 月 日							
		至 月 日				至 月 日							

自立支援医療(更生医療)費概算額

(単位:円)

区 分		第1月	第2月	第3月	合 計
		月分	月分	月分	
検 査	画像診断等				
	血液検査等				
投 薬	抗ウイルス薬				
	免疫調節薬				
	その他 ()				
院外処方:有 ・無					
処置・手術					
基本料					
その他 ()					
合計					円

上記のとおり診断しました。

年 月 日

指定自立支援医療機関（更生医療）	所在地	名 称

指定自立支援医療機関（更生医療）指定医師氏名

自立支援医療(更生医療)を適当と認定します。

年 月 日

身体障害者更生相談所 医師 印