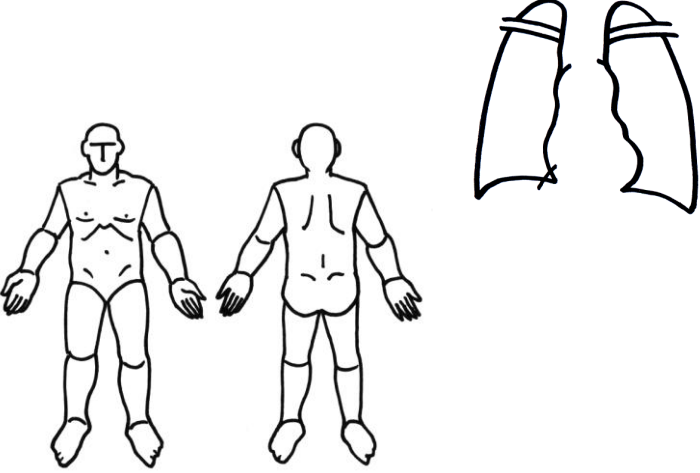


自立支援医療(更生医療)要否意見書 免疫機能障害用

			1 新規	2 変更																					
ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日																						
住 所																									
身体障害者 手 帳	番号	等級 級	交付日 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年月日		年 月 日	推定・確認																					
	(2)障害が永続すると判定された日		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 カボジ肉腫 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 トキソプラズマ肺炎 9 サイトメガロウイルス症 10 非結核抗酸菌症 11 H I V脳症 12 脳リンパ腫 13 その他 																									
<table><tr><th>検査数値</th><th>初回</th><th>2 回目以降最新</th></tr><tr><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>CD4陽性Tリンパ球数 / μl</td><td></td><td></td></tr><tr><td>白血球数 / μl</td><td></td><td></td></tr><tr><td>H b 量 g/dl</td><td></td><td></td></tr><tr><td>血小板数 / μl</td><td></td><td></td></tr><tr><td>H I V-RNA量 copy/ml</td><td></td><td></td></tr></table>					検査数値	初回	2 回目以降最新		年 月 日	年 月 日	CD4陽性Tリンパ球数 / μ l			白血球数 / μ l			H b 量 g/dl			血小板数 / μ l			H I V-RNA量 copy/ml		
検査数値	初回	2 回目以降最新																							
	年 月 日	年 月 日																							
CD4陽性Tリンパ球数 / μ l																									
白血球数 / μ l																									
H b 量 g/dl																									
血小板数 / μ l																									
H I V-RNA量 copy/ml																									

(氏名 年齢 歳) ※ 要否意見書が別葉になる場合に記入

治療方針	抗 H I V 療 法	治療薬					
		その他					
	免疫調節療法						
	その他 H I V 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 至 月 日	入院外	自 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				
	免疫調整薬				
	その他：				
院外処方（有・無）					
処置・手術					
基本診療（初診・再診料）					
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

指定医師氏名