

自立支援医療(更生医療) 要否意見書 免疫機能障害用：再認定

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
障害の発生と経過	(1) 障害が永続すると判定された日	年 月 日	推定・確認
	(2) 抗HIV療法	年 月 日	開始
	(3) 1年間の合併症の出現 (無 ・ 有)		
	(4) その他1年間の経過 (良好 ・ 変動あり)		
	(3), (4)有の場合は, 具体的に記載		

最新検査値 (年 月 日)	CD4陽性 Tリンパ球数	/μl	HIV-RNA量	copy/ml
-------------------	-----------------	-----	----------	---------

治療方針	抗 HIV 療法	治療薬
	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
		主な病名
	その他	

自立支援医療(更生医療) 費概算額 診療見込期間：通院 (月 日 ~ 月 日)

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)					
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 _____