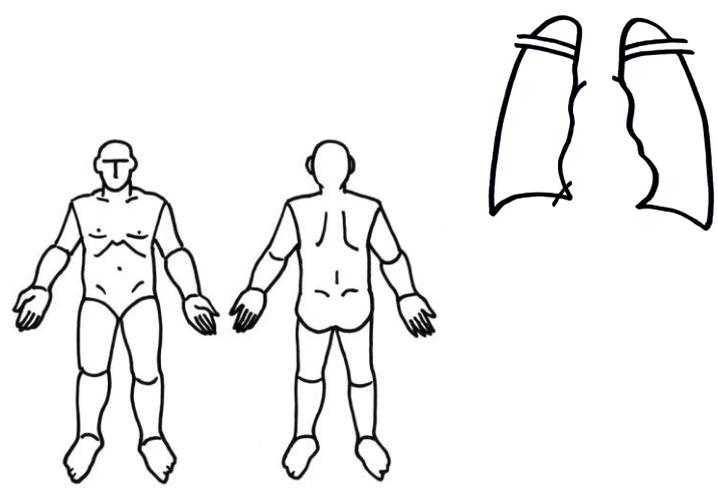


自立支援医療(更生医療)要否意見書 免疫機能障害用

		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																								
<b>合併症の種類と場所</b> <span style="float: right;">(参考図示)</span>																									
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 帯状疱疹</li> <li>2 結核</li> <li>3 カボジ肉腫</li> <li>4 カンジタ症</li> <li>5 ニューモシスチス肺炎</li> <li>6 単純疱疹</li> <li>7 クリプトコッカス髄膜炎</li> <li>8 トキソプラズマ肺炎</li> <li>9 サイトメガロウイルス症</li> <li>10 非結核抗酸菌症</li> <li>11 HIV脳症</li> <li>12 脳リンパ腫</li> <li>13 その他</li> </ol>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 60%;">検査数値</th> <th style="width: 15%;">初回</th> <th style="width: 25%;">2回目以降最新</th> </tr> <tr> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <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>Hb量 g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数 /μl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV-RNA量 copy/ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </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 /μl			白血球数 /μl			Hb量 g/dl			血小板数 /μl			HIV-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 /μl																									
白血球数 /μl																									
Hb量 g/dl																									
血小板数 /μl																									
HIV-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 \_\_\_\_\_