

自立支援医療(更生医療)医学的意見書(免疫機能障害用)			
ふりがな		生年月日	( 歳)
氏名			
住所			
障害名	免疫機能障害 ( 種 級 )		
現 症	原傷病名	原因疾患の 発生時期	年 月 日
	※現病歴や治療経過等できるだけ詳細に記入してください。		
医 療 の 方 針	医療の 具体的方針		
	医療による 回復程度見込 (除去・軽減される 障害の程度)		
	更生医療開始予定年月日	年 月 日 ( 新規・医療内容変更・期間延長 )	
更生医療の具体的方針及び概算額			
	内 容		金 額
手術名			
投薬注射名			
処置名			
検査名			
基本診療			
入院(通院)期間			
その他			
合計			

氏名

治療内容	入院治療中・外来治療中	治療開始時期	年 月 日
最近の検査所見 ( 年 月 日)			
CD4陽性Tリンパ球数 ( / $\mu$ l)		好中球数 ( / $\mu$ l)	
全リンパ球数 ( / $\mu$ l)		血小板数 ( / $\mu$ l)	
白血球数 ( / $\mu$ l)		血色素数 ( g/dl)	
HIV-RNA量 ( copy/ml)			
(合併症及びその他の所見)			
(備考)			
上記のとおり診断する。			
年 月 日			
医療機関名			
医師氏名			

※ 意見書の作成は、指定自立支援医療機関において、更生医療を主として担当する医師であること。

※ 該当箇所を○で囲むこと。

※ 障害の現症等について、詳細に数値で表し得るものは数値で記入のこと。  
説明困難な場合は、・写真等を付して説明のこと。

※ 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。

※ 更生医療(免疫機能障害)の支給認定期間は1年以内。医療の具体的内容及び概算額については1年分を記載すること。期間延長する場合や医療方針に変更がある場合は、事前に届出すること。