様式2号-5(1)①

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　トキソプラズマ肺炎9　サイトメガロウイルス症10 非結核抗酸菌症11 ＨＩＶ脳症12 脳リンパ腫13 その他検査所見

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 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 |  |  |

 |

様式2号-5(1)②

|  |  |
| --- | --- |
| （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