様式2号-5(2)

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 ） | | | | | | | | | | |
| ⑶,⑷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