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