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