

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 (	/μl)	好中球数 (	/μl)		
全リンパ球数 (	/μl)	血小板数 (	/μl)		
白血球数 (	/μl)	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 印					

※ 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、図・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。