

<様式 更 2>

自立支援医療（更生医療）意見書 { 免疫機能障害 }

フリガナ	
氏 名	男 ・ 女
生年月日	M. T. S. H 年 月 日 (歳)
住 所	
原傷病名	
現 症 及び 検査値	<ul style="list-style-type: none">・ H I V 感染 確認日 (年 月 日)・ 不定発熱 (38℃以上) (有・無)・下痢症状 (有・無)・嘔気 (有・無)・ 日和見感染症の状態 ()・ その他の症状 () *直近の検査値を記入 ・ CD4 陽性 T リンパ球 (/ul) ・ 血小板数 (/ul) ・ 白血球数 (/ul) ・ H b 量 (g/dl) ・ H I V - R N A 量 (copy/ml)
更生医療の 具体的方針	入院予定日 (年 月 日) 手術予定日 (年 月 日) 更生医療適用開始予定日 (年 月 日)
治療効果の 見 込 み	
治療見込み 期 間	入院 ヶ月 通院 ヶ月
医療費概算額 (食費を除く)	

上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します 平成 年 月 日

指定医療機関名

医師氏名（意見書作成）

科 名

医師氏名（指定医療機関届出）