

<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"><li>・HIV感染 確認日 ( 年 月 日 )</li><li>・不定発熱 (38°C以上) (有・無) • 下痢症状 (有・無) • 嘔気 (有・無)</li><li>・日和見感染症の状態 ( )</li><li>・その他の症状 ( )</li></ul> <p>*直近の検査値を記入</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・CD4陽性Tリンパ球 ( /ul) • 血小板数 ( /ul)</li><li>・白血球数 ( /ul) • Hb量 ( g/dl)</li><li>・HIV-RNA量 ( copy/ml)</li></ul>
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 ケ月 通院 ケ月
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)

(印)

(印)