

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	T・S・H	
氏 名			(歳)	
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（ / μ l ）		好中球数（ / μ l ）	
全リンパ球数（ / μ l ）		血小板数（ / μ l ）	
白血球数（ / μ l ）		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			

※ 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。