

自立支援医療(更生医療)意見書

(免疫機能障害用)

ふりがな 氏名		男 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)	住 所	
HIV感染を確認した日		平成 年 月 日			
現 症	※該当するものを○で囲んでください。 ○ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、 <ol style="list-style-type: none"> CD4陽性Tリンパ球数200/μl以下 CD4陽性Tリンパ球数500/μl以下 CD4陽性Tリンパ球数には関係なく、下記の検査所見に該当する項目が認められる。 エイズ発症の既往がある。 				
	検査等を含む	[検査所見] a. 白血球数：4週以上の間隔をおいた検査で、3000/ μ l未満の状態が、連続して2回以上続いている。 b. Hb量：CD4陽性Tリンパ球数200/ μ l以下男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が、連続して2回以上続いている c. 血小板：4週以上の間隔をおいた検査で、10万/ μ lの状態が、連続して2回以上続いている。 d. HIV-RNA量：4週以上の間隔をおいた検査で、5000コピー/ml以上の状態が、連続して2回以上続いている。 ○その他参考となる現症、検査所見			
医療の 具体的 方針	① 抗HIV療法 ② 免疫調節療法 ③ 合併症に対する医療(HIV感染症によるものに限る) ④ 入院治療が必要な場合その理由				
改善の見込み					
医療の期間	入院 通院	日間 日間	平成 平成	年 月 日 年 月 日	～平成 ～平成
医療費概算額	円				
上記のとおり診断する。			平成 年 月 日		
指定自立支援医療機関の名称(電話番号)					
更生医療担当医師名					