

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	<p>※該当するものを○で囲んでください。</p> <p>○ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、</p> <p>1. CD4陽性Tリンパ球数200/μl以下</p> <p>2. CD4陽性Tリンパ球数500/μl以下</p> <p>3. 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。</p> <p>4. エイズ発症の既往がある。</p>				
	検査等を含む	<p>[検査所見]</p> <p>a. 白血球数：4週以上の間隔をおいた検査で、3000/μl未満の状態が、連続して2回以上続いている。</p> <p>b. Hb量：CD4陽性Tリンパ球数200/μl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</p> <p>c. 血小板：4週以上の間隔をおいた検査で、10万/μlの状態が、連続して2回以上続いている。</p> <p>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。</p> <p>○その他参考となる現症、検査所見</p>			
医療の 具体的 方針	<p>① 抗HIV療法</p> <p>② 免疫調節療法</p> <p>③ 合併症に対する医療(HIV感染症によるものに限る)</p> <p>④ 入院治療が必要な場合その理由</p>				
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					