

(様式第2号の5)

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障がい用)

申請の区分	1 新規      2 再認定      3 変更		
氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名			
治療経過			
障がいの現症			
H I V 感 染 症 関 連 合 併 症	【CDCによるAIDS指標疾患に対し治療中であれば、臨床経過及び治療内容を記入すること。】		
	疾 患 名	臨 床 経 過 及 び 治 療 内 容	
	1 カリニ肺炎		
	2 カンジタ症		
	3 HIV消耗性症候群		
	4 サイトメガロウイルス感染症		
	5 活動性結核		
	6 HIV脳症		
	7 カポジ肉腫		
8 その他			
医療の具体的方針	1 抗HIV療法		
	逆転写酵素阻害剤		たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻害剤
		mg/日	mg/日
		mg/日	mg/日
		mg/日	mg/日
		mg/日	mg/日
		mg/日	mg/日
2 免疫調節療法      3 その他HIV感染に対する医療 【治療内容を具体的に記入すること】			
治療の形態	1 入院      2 通院(月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間)		
治療効果見込み			

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	その他				
	合 計				
	※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。（食事療養の費用を除く。） 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。				

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄		
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査	
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	
再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当	
	【不適當の理由】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	