

<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	
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	・H I V感染 確認日 (年 月 日) ・不定発熱 (38℃以上) (有・無) ・下痢症状 (有・無) ・嘔気 (有・無) ・日和見感染症の状態 () ・その他の症状 ()
	*直近の検査値を記入 ・CD4 陽性 T リンパ球 (/ul) ・血小板数 (/ul) ・白血球数 (/ul) ・H b 量 (g/dl) ・H I V－R N A量 (copy/ml)
更生医療の 具体的方針	入院予定日 (令和 年 月 日) 手術予定日 (令和 年 月 日) 更生医療適用開始予定日 (令和 年 月 日)
治療効果の 見 込 み	
治療見込み 期 間	入院 ヶ月 通院 ヶ月
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 令和 年 月 日

指定医療機関名及び所在地

医師氏名 (意見書作成)

科 名

医師氏名 (指定医療機関届出)