

方針変更
更生医療 意見書（免疫機能障害）
再認定

氏名	男 女	生年月日	M・T S・H	年 月 日	生
現住所					
原傷病名					
現症	(具体的に記載してください) ・不定発熱(38℃以上)の有無 () ・日和見感染症の状態 () ・下痢症状の有無及び程度 () ・吐き気の有無及び程度 ()				
検査	・CD4陽性Tリンパ球 () / μℓ ・Hb量 () g/dℓ ・HIV-RNA量 () copy/ml ・白血球数 () / μℓ ・血小板数 () / μℓ				
前回承認した 更生医療	(術名等)		適用自： 年 月 日 期間至： 年 月 日 か月		
変更事項 及び 変更理由	(具体的かつ詳細に記載してください)				
医療費概算額	金額(円)		① 抗HIV療法 逆転写酵素阻止剤 ・ たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻止剤 ・ ② 免疫調節療法 ・ ③ HIV感染症による合併症の予防及び治療		
診察・検査					
投薬・注射					
処置					
入院					
その他					
合計					
*この意見書による診療見込期間(入院・通院)					
自	令和	年	月	日	
至	令和	年	月	日	か月
総合意見 (軽減される 障害等)					
令和 年 月 日 指定自立支援医療機関 所在地 名 称 主として担当する医師 (59条届出医師)					
					印

○指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村等から自立支援医療につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。(指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規定(平成18年2月28日厚生労働省告示第65号)第6条)