

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							
H I V感染を確認した日		平成・令和 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> <ol style="list-style-type: none"> <li>CD4陽性Tリンパ球数200/μl以下</li> <li>CD4陽性Tリンパ球数500/μl以下</li> <li>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。</li> <li>エイズ発症の既往がある。</li> </ol> <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. H I V-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>										
	検査等を含む										
医療の具体的方針	<p>① 抗H I V療法</p> <p>②免疫調節療法</p> <p>③合併症に対する医療（H I V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	令和 令和	年 年	月 月	日 日	～	令和 令和	年 年	月 月	日 日
医療費概算額	円										
上記のとおり診断する。						令和	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						Ⓜ					