

<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-RNA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）