「別紙6」

㊊

更生医療(ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害)意見書

(免疫機能障害用)(新規 ・ 継続 ・ 内容変更)

氏　　名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成　　年　月　日生
現 住 所				
障 害 名				
原 傷 病 名				
初診年月日	年　月　日		治療開始年月日	年　月　日
治療見込み期間	通院　日、　入院　日、　計　日　(最長1年以内)			

現症	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	
	カルノフスキースコア	

検査	CD4陽性Tリンパ球数 (　　)／μ	白血球 (　　)／μ
	Hb量 (　　) g／d	赤血球 (　　)／μ
	HIIV－RNA量 (　　)copy／m	検査年月日　年　月　日

		医療概算額算定表	金額(円)	備考
診療の具体的方針	①抗HIV療法 逆転写酵素阻止剤 たんぱく質分解酵素(プロテアーゼ)阻止剤 ②免疫調節療法 ③HIV感染症による合併症の予防及び治療 ④入院治療の必要性 (あり ・ なし) ※「あり」の場合は、見込まれる治療内容	診察・検査		
		投薬・注射		
		処　置		
		入　院		
		そ の 他		
		合　計		

年　月　日

指定医療機関名
所在地
連絡先
主として担当する医師名
(59条届出医師)

更生医療の給付は { 適当 / 不適当 } と認める。

年　月　日

判定医

※カルノフスキースコアの詳細については裏面を参照して下さい。

沖縄県身体障害者更生相談所