

<記入例>

該当箇所に○印を記入。【別紙6】

免

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	住所、氏名、生年月日は正確に記入されているか確認して下さい。			○新規申請の場合、治療開始予定日あるいは治療を開始した日を記入。 ○継続申請(再認定、内容変更)の場合、実際に治療を開始した日を記入。	
障害名	「免疫機能障害」と記入。				
原傷病名	免疫機能障害の原因となった疾病名を記入。				
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	治療を行う医療機関において、治療が見込まれる期間を記入して下さい。(最長1年(365日)以内) ※入院治療が見込まれる場合は、概算日数を記入のうえ、下記の「医療の具体的方針」欄の「④入院治療の必要性」と「医療費概算額」欄の「入院」欄への概算額についても併せて記入して下さい。			
	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			
	HIV-RNA量 () copy/m	検査年月日	年 月 日		
診療の具体的方針	①抗HIV療法 逆転写酵素阻止剤	上記の「治療見込み期間」内における医療費の概算額を記入して下さい。(最長1年)	医療概算額 算定表	金額 (円)	備考
	たんぱく質分解酵素(プロテアーゼ)阻止剤		診察・検査		
	②免疫調節療法		投薬・注射		
	③HIV感染症による合併症の予防及び治療		処置		
	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	該当箇所に○印を記入。	入院	「入院」欄は、上記の「治療見込み期間」欄に入院見込み日数が記入されており、左欄の「診療の具体的方針」欄の「④入院治療の必要性」の「あり」に該当がある場合に概算額を記入して下さい。	
	※「あり」に該当する場合は、入院時に見込まれる入院治療内容を記入して下さい。		その他		
			合計	合計額が一致するか確認。	
年 月 日	指定医療機関名	〇〇〇〇病院			
	所在地	沖縄県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号			
	連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	主として担当する医師名 (59条届出医師)	〇〇〇 〇〇〇			
			※記入内容に訂正がある場合は、必ず指定医の訂正印で修正・加筆されているか確認して下さい。		
更生医療の給付は	{ 適当 / 不適当 }	と認める。			
更生医療の給付(適・不適)については更生相談所の判定医が判断するため記入しないで下さい。			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。

<記入例>

Karnofsky Score

(裏)

Karnofsky Performance Status

％	症 状	介助の要・不要
100	正常、臨床症状なし	正常な活動可能、特に看護する 必要なし
90	軽い臨床症状あるが正常の活動可能	
80	かなり臨床症状あるが、努力して正常の活動可能	
70	自分自身の世話はできるが正常の活動・労働することは不可能	労働不可能、家庭での療養可 能、日常の行動の大部分に病状 に応じて介助必要
60	自分に必要なことはできるが時々介助が必要	
50	病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要	
40	動けず適切な医療および看護が必要	自分自身のことをすることが不可 能、入院治療が必要 疾患が速やかに進行していく時 期
30	まったく動けず入院が必要だが死はさし迫っていない	
20	非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要	
10	死期が切迫している	
0	死	