

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障害用)

申請の区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 再認定 <input type="checkbox"/> 3 変更			
氏名	男・女	生年月日	年 月 日生	
住所				
原傷病名	<input type="checkbox"/> 1 HIV感染症 <input type="checkbox"/> 2 後天性免疫不全症候群(AIDS)			
治療経過及び障害の現症				
AIDS 指標疾患 * 過去・現在に発症した合併症に○をつけてください	厚生労働省が定めるAIDS発症の基準となる23の合併症一覧			
	1 カンジダ症	9 化膿性細菌感染症	17 原発性脳リンパ腫	
	2 クリプトコッカス症	10 サルモネラ菌血症	18 非ホジキンリンパ腫	
	3 コクシジオイデス症	11 活動性結核	19 浸潤性子宮頸癌	
	4 ヒストプラズマ症	12 非定型抗酸菌症	20 反復性肺炎	
	5 ニューモシスティス肺炎	13 サイトメガロウイルス感染症	21 リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成	
	6 トキソプラズマ脳症	14 単純ヘルペスウイルス感染症	22 HIV脳症	
	7 クリプトスポリジウム症	15 進行性多巣性白質脳症	23 HIV消耗性症候群	
	8 インスボラ症	16 カボジ肉腫		
医療の具体的方針	1 抗HIV療法			
	核酸系逆転写酵素阻害剤(NRTI)		非核酸系逆転写酵素阻害薬(NNRTI)	
	レトロビル(AZT,ZDV)	mg/日	ビラミューン(NVP)	mg/日
	ゼリット(d4T)	mg/日	ストックリン(EFV)	mg/日
	エビビル(3TC)	mg/日	レスクリプター(DLV)	mg/日
	エムトリバ(FTC)	mg/日	インテレンス(ETR)	mg/日
	ヴァイデックス(ddI)	mg/日	エジュラント(RPV)	mg/日
	ヴァイデックスEC(ddI)	mg/日		
	ビリアード(TDF)	mg/日		
	サイアジエン(ABC)	mg/日		
	コンビビル(AZT/3TC)	錠/日	インテグラーゼ阻害薬(INSTI)	プリリスタナイブ(DRV)
	エプシコム(ABC/3TC)	錠/日	アイセントレス(RAL)	mg/日
	ツルバダ(TDF/FTC)	錠/日	INSTI/NRTI配合剤	侵入阻害薬(OCR5阻害薬)
			スタリビルド配合薬(EVG/COBI/TDF/FTC)	錠/日
				シーエルセントリ(MVC)
			mg/日	
2 AIDS指標疾患に対する治療内容を具体的に記入				
3 経過中のCD4数の最低値とHIV-RNAコピー数の最高値を記入				
	CD4数(cells/ μ l)	HIV-RNA(copies/ml)		
治療の形態	<input type="checkbox"/> 1 入院 <input type="checkbox"/> 2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日	
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで *うち 入院治療期間 年 月 日から 年 月 日まで (入院の主たる治療目的)			
治療効果見込み	注:入院理由が更生医療の対象とならない場合は、入院費の計上はできません。			

医療費概算額（円）	項目	内容	1か月目	2か月目	3か月目(以降)	合計	
	入院（再診）料		円	円	円	0円	
	手術料		円	円	円	0円	
	投薬 院外処方 <input type="checkbox"/> 1有 院外処方 <input type="checkbox"/> 2無	内服薬	剤	円	円	円	0円
			日分	円	円	円	0円
		回	円	円	円	0円	
			回	円	円	円	0円
	注射		回	円	円	円	0円
	処置	内容		円	円	円	0円
	検査	内容		円	円	円	0円
	画像診断	内容		円	円	円	0円
	医学管理	内容		円	円	円	0円
	その他	内容		円	円	円	0円
内容			円	円	円	0円	
内容			円	円	円	0円	
合計			0円	0円	0円	0円	

※1 免疫抑制療法で治療予定期間が1年間の場合は、3か月目欄に3ヶ月目以降の分を合算し記入してください。

※2 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行ってください。（食事療養の費用を除く。）

※3 更生医療の対象となる医療のみ概算額に記入し、それ以外の医療については、他法で請求してください。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関の名称

所在地

電話番号 ()

診療科

主として担当する医師名(指定医師)

印

※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の名称、所在地、診療科名及び主として担当する医師名としてください。

※ 以下は記入しないでください。

審査欄	
審査結果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2及び3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印
審査年月日	年 月 日