

自立支援医療（更生医療）意見書（免疫機能障害）							
1	(1)	氏 名	男 ・ 女	年 月 日生	歳		
	(2)	住 所	〒 甲斐市				
2	身体障害者 手帳障害名	交 付 年月日	年 月 日	免疫機能障害	級	種 級	
3	区 分 (該当する□に印)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定(期間延長) <input type="checkbox"/> 内容変更					
4	(1)	傷 病 名					
	(2)	現 症 <small>(発熱・体重減少・リンパ節膨張等。再認定・内容変更は、経過を含めて記入)</small>					
5	(1)	検 査 日	年 月 日				
	(2)	検 査 値	CD4リンパ球数			Hb量	
			CD4/CD8			血小板数	
			白血球数			RNA量	
6	(1)	更生医療の 具体的 方 針	<input type="checkbox"/> 抗HIV療法				
			<input type="checkbox"/> 免疫調整療法				
		<small>(該当する□に印し、内容を記入)</small>	<input type="checkbox"/> 他 <small>(合併症予防・治療等)</small>				
(2)	入通院予定日	年 月 日					
7	更生医療の 予 定期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
		医療費 概算額	入院治療費 通院治療費	円 円 円	計	円	
<small>有効期間は原則12ヶ月以内。これを超える場合は再認定(期間延長)が、また、更生医療の具体的方針に変更が生じる場合は内容変更の意見書が必要となるので留意すること。</small>							
8	治療後の 障害の回復 状況見込						
上記のとおり診断します。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>山梨県障害者相談所長 殿</span> <span>年 月 日</span> </div> 指定自立支援医療機関名 (更生医療)  所在地  主として担当(代表)する医師名 <span style="float: right;">印</span>							

注: 自立支援医療(更生医療)は、事前申請が原則であることに十分留意し作成すること。