

(様式第2号の4)

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障がい用)

申請の区分	1 新規	2 再認定	3 変更				
氏名		男女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生
住所							
原傷病名							
治療経過及び障がいの現症							
H I V 感 染 症 関 連 合 併 症	【CDCによるAIDS指標疾患に対し治療中であれば、臨床経過及び治療内容を記入すること。】						
	疾 患 名	臨 床 経 過 及 び 治 療 内 容					
	1 カリニ肺炎						
	2 カンジタ症						
	3 HIV消耗性症候群						
	4 サイトメガロウイルス感染症						
	5 活動性結核						
	6 HIV脳症						
	7 カポジ肉腫						
8 その他							
医療の具体的方針	1 抗HIV療法						
	逆転写酵素阻害剤			たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻害剤			
	A Z T	mg/日	サキナビル	mg/日			
	d d I	mg/日	リトナビル	mg/日			
	d d C	mg/日	インジナビル	mg/日			
	d 4 T	mg/日		mg/日			
	3 T C	mg/日		mg/日			
		mg/日		mg/日			
		mg/日		mg/日			
		mg/日		mg/日			
2 免疫調節療法 3 その他HIV感染に対する医療 【治療内容を具体的に記入すること】							
治療の形態	1 入院	2 通院(月回)	手術予定日	年 月 日			
治療予定期間	年 月 日から			日間(か月)			
治療効果見込み							

裏面へ続く

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他				
	合 計				
	※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。（食事療養の費用を除く。） 老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。				

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ()

担当医師名 印

* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄		
審 査 結 果	1 適 当 2 一部対象外 3 不 適 当 4 再 審 査	
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	

再 審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当	
	【不適當の理由】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	

(様式第2号の4) 【記入例】*治療開始予定日以前に市町村に申請する必要あり。

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障がい用)

申請の区分	1 新規 2 再認定 ③ 変更																																		
氏名	福島太郎	①男 ②女	生年月日 ①明治 ②大正 ③昭和 平成 ○年○月○日生																																
住所	○○市○○町○○																																		
原傷病名	後天性免疫不全症候群																																		
治療経過及び障がいの現症	H○年○月より発熱あり、解熱傾向認めないため精査目的で入院。 サイトメガロウイルス感染症によるものと判明。また、HIV陽性であることも判明。 H○年○月○日から入院にて抗HIV療法施行。 H○年○月○日退院予定。																																		
H I V 感 染 症 関 連 合 併 症	【CDCによるAIDS指標疾患に対し治療中であれば、臨床経過及び治療内容を記入すること。】																																		
	疾患名	臨床経過及び治療内容																																	
	1 カリニ肺炎	サイトメガロウイルス感染症に対して、○月○日よりガンシクロビルの投与開始し、○月○日にはCMVアンチゲネミアは陰性化した。																																	
	2 カンジタ症																																		
	3 HIV消耗性症候群																																		
	4 サイトメガロウイルス感染症																																		
	5 活動性結核																																		
	6 HIV脳症																																		
	7 カポジ肉腫																																		
8 その他																																			
医療の具体的方針	① 抗HIV療法 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">逆転写酵素阻害剤</th> <th colspan="2">たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻害剤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Z T</td> <td>mg/日</td> <td>サキナビル</td> <td>mg/日</td> </tr> <tr> <td>d d I</td> <td>mg/日</td> <td>リトナビル</td> <td>200 mg/日</td> </tr> <tr> <td>d d C</td> <td>mg/日</td> <td>インジナビル</td> <td>mg/日</td> </tr> <tr> <td>d 4 T</td> <td>60 mg/日</td> <td>ロピナビル</td> <td>800 mg/日</td> </tr> <tr> <td>3 T C</td> <td>300 mg/日</td> <td></td> <td>mg/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>mg/日</td> <td></td> <td>mg/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>mg/日</td> <td></td> <td>mg/日</td> </tr> </tbody> </table> 2 免疫調節療法 3 その他HIV感染に対する医療 【治療内容を具体的に記入すること】 身体障害者手帳交付日以降の日付を記入。			逆転写酵素阻害剤		たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻害剤		A Z T	mg/日	サキナビル	mg/日	d d I	mg/日	リトナビル	200 mg/日	d d C	mg/日	インジナビル	mg/日	d 4 T	60 mg/日	ロピナビル	800 mg/日	3 T C	300 mg/日		mg/日		mg/日		mg/日		mg/日		mg/日
逆転写酵素阻害剤		たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻害剤																																	
A Z T	mg/日	サキナビル	mg/日																																
d d I	mg/日	リトナビル	200 mg/日																																
d d C	mg/日	インジナビル	mg/日																																
d 4 T	60 mg/日	ロピナビル	800 mg/日																																
3 T C	300 mg/日		mg/日																																
	mg/日		mg/日																																
	mg/日		mg/日																																
治療の形態	1 入院 ② 通院 (月○回)	手術予定日	年 月 日																																
治療予定期間	平成○年 ○月 ○日から ○日間(○か月)																																		
治療効果見込み	免疫機能の回復																																		

裏面へ続く

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料	通院の場合、院外処方 [○] の有無に○を記入。			食事療養費は除く。 *概算額記入
	手術料				
	投薬料 (院外処方 [○] 有無)				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他				
合計					
※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。) 老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。					

上記のとおり診断します。 治療予定期間の開始日以前の日付を記入。

平成○年 ○月 ○日

指定自立支援医療機関名 ○ ○ 病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ()

担当医師名 ○ ○ ○ ○ 印

更生医療の承認医師であること。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意！)

*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審査欄		
審査結果	1 適 当 2 一部対象外 3 不 適 当 4 再 審 査	
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">重度かつ継続</td> <td style="width: 50%;">該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審査年月日	年 月 日	
再審査結果	1 適 当 2 不 適 当	
	【不適當の理由】	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">重度かつ継続</td> <td style="width: 50%;">該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審査年月日	年 月 日	