

自立支援医療（更生医療）給付意見書（免疫機能障害用）

新規 期間延長 内容変更

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)			
現住所						
障害名	免疫機能障害	手帳番号				
原傷病名		等級				
治療開始年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日			
現 症	・CD4陽性Tリンパ球数 () / μ l ・白血球数 () / μ l ・Hb量 () g/dl ・血小板数 () / μ l ・HIV-RNA量 () copy/m					
	現症（期間延長の場合は、延長する理由も追記すること）					
医療の 具体的 方針	(具体的に記載してください)	医療費概算額 算定表	金額 (円)			
			最初の30日	次の30日	次の30日	合計
		診察・検査				
		投薬・注射				
		処置・手術				
		入院料（食事療 養費を除く） その他 （具体的に）				
	合計					
	自立支援医療 適用申請期間	通院 入院	ケ ケ	月 月	日 日	
令和 年 月 日						
指定自立支援医療機関所在地						
名称						
*担当医氏名						
印						

※ 要否（身体障害者相談センターの嘱託医が記入します）		
要 ・ 否	①	意見
嘱託医判定日		令和 年 月 日