

自立支援医療（更生医療）

免疫 医学的意見（判定）書

氏名	昭・平・令 年 月 日生 歳
----	----------------

医学的所見

傷病名：

経過：

現症：

1. エイズ発症状況 [HIVに感染していてエイズを発症している者の場合は、つぎに記載してください]

・特徴的症状とその診断根拠：

・回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活： [不能 ・ 可能]

2. CD4 陽性Tリンパ球数 (/ μ l)

・検査日： 年 月 日 [検査値] / μ l

3. 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1)検査所見

(検査年月日)

・白血球数： 年 月 日 [検査値] / μ l

・Hb量： 年 月 日 [検査値] g/dl

・血小板数： 年 月 日 [検査値] / μ l

・HIV-RNA量： 年 月 日 [検査値] copy/ml

(2)日常生活活動制限の状況 [有無について○で囲んでください。]

・1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある。 [有・無]

・健康時に比し10%以上の体重減少がある。 [有・無]

・月に7日以上 of 不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く。 [有・無]

・1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある。 [有・無]

・1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。 [有・無]

・「等級表解説」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（1）のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある。 [有・無]

・生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。 [有・無]

・軽作業を超える作業の回避が必要である。 [有・無]

[B]

4. 治療経過及び機能回復の見込み：

5. 医療の具体的方針：

6. 医療機関連携の必要性（複数の医療機関を登録する場合）：

医療開始予定日	年	月	日	要治療日数	要入院	日間	要通院	日間	合計	日間
①初診・再診				点	⑤ 検 査		点	健保点数合計		点
②投 薬				点	⑥レントゲン		点	合計点数×10		円
③注 射				点	⑦入 院		点			
④手術・処置・麻酔				点	⑧そ の 他		点			

診察結果による医学的所見は上記の通りです。 令和 年 月 日

住 所：

医 療 機 関 名：

電 話：() -

医 師 名：

※以下は障害者更生相談所の記入欄です。

〈医学判定〉 令和 年 月 日

自立支援医療（更生医療）が必要であると【 認めます ・ 認めません 】。

神戸市障害者更生相談所 医師名 (印)

神戸市障害者更生相談所