

自立支援医療（更生医療）意見書（免疫機能障害用）

北海道立心身障害者総合相談所

氏名	市町村名		
	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 （ 歳）		
障害名	免疫機能障害		障害等級 級
障害現症 及び 治療経過	H I V感染症関連合併症に関する臨床経過及び治療内容に関しては裏面に記入すること。		
医療の具 体的方針	逆転写酵素阻害剤（AZT 3TC	mg/日・d d I mg/日・その他	mg/日 mg/日）
	プロテアーゼ阻害剤（薬剤名		mg/日）
	その他（		）
治療開始 予定日 及び期間	入院 平成 年 月 日 開始予定・ ヶ月 通院 平成 年 月 日 開始予定・ ヶ月（月 回）		
医療費 概算額	1 ヶ月平均概算額 万円		
上記の治療を要する。			
記載年月日 平成 年 月 日			
指定医療機関名			
指定医師名			
㊞			

H I V感染症関連合併症（C D CによるA I D S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してください。

1. 内 科（例：カリニ肺炎、抗酸菌症、悪性リンパ腫、H I V消耗性症候群など）	
疾患名	
臨床経過及び治療内容	
2. 眼 科（例：サイトメガロウィルス網膜炎など）	
疾患名	
臨床経過及び治療内容	
〔手術名	手術予定日／平成 年 月 日〕
3. 皮膚科・形成外科（例：カポジ肉腫など）	
疾患名	
臨床経過及び治療内容	
〔手術名	手術予定日／平成 年 月 日〕
4. 神経内科・精神神経科（例：A I D S認知症候群、A I D S脳症など）	
疾患名	
臨床経過及び治療内容	
5. 歯科口腔外科・婦人科・その他の診療科	
疾患名	
臨床経過及び治療内容	
〔手術名	手術予定日／平成 年 月 日〕