

# 自立支援医療〔更生医療〕意見書（免疫機能障害）

<b>受付番号 内</b> _____				受付日 平成      年      月      日					
フリガナ				身体 障害 者 手 帳	有	申請中			
氏名					障害等級	種	級		
明・大・昭・平	年	月	日生		歳	年	月	日	号
居住地				手帳番号	県第	号			
				障害名  <b>免疫機能障害</b>					
1 HIV感染      確認日 昭・平      年      月      日 確認検査名と成績 ( _____ )									
2 エイズ発症の状況 エイズ発症 ( 認められる      ・      認められない ) 特徴的症状とその診断根拠 ※HIVに感染していて、エイズを発症している場合は必ず記入。 ( _____ )									
3 検査 ※4週間以上の間隔をおいて実施した2回の検査結果を記入すること。									
	白血球	リンパ球	CD4	CD8	赤血球	Hb	血小板	HIV-RNA	
検査日①									
年			/	/	×10 <sup>4</sup>		×10 <sup>4</sup>		
月 日	/μl	/μl	μl	μl	/μl	g/dl	/μl	copy/ml	
検査日②									
年			/	/	×10 <sup>4</sup>		×10 <sup>4</sup>		
月 日	/μl	/μl	μl	μl	/μl	g/dl	/μl	copy/ml	
4 日常生活活動の制限      ※該当する□に <b>レ(チェック)</b> を入れること <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 健常時に比し10%以上の体重減少がある <input type="checkbox"/> 月に7日以上の上の不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く <input type="checkbox"/> 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月7日以上ある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 指標疾患（裏面参照）の既往がある <input type="checkbox"/> 生鮮食料品・生水・脂質の摂取制限、長期にわたる密な治療、厳密な服薬管理、人混みの回避等、日常生活活動上の制限が必要である <input type="checkbox"/> 軽作業を超える作業の回避が必要である									
5 今後の具体的医療方針      ※該当する□に <b>レ(チェック)</b> を入れ、詳細（処方内容など）を記入すること <input type="checkbox"/> 抗HIV療法 <input type="checkbox"/> その他の療法 ( _____ )									

6 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (見込) ※最長1年とする。1年ごとに治療継続の必要性等を見直すこととする。
7 概算額 (更生医療に関する治療期間中の総額を記入すること)	円
備考	
上記のとおり意見します。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 印	
障害者総合支援法第59条による指定自立支援医療機関指定申請書に記載された「主として担当する医師」が記入して下さい (連名可)。	

※太枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

総合判定	自立支援医療〔更生医療〕 適 ・ 否	
	否の理由	
平成 年 月 日 三重県障害者相談支援センター 医師氏名 印		

**指標疾患** 「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」参照

カンジタ症 (食道、気道、気管支、肺)	クリプトコッカス症 (肺以外)
コクシジオイデス症	ヒストプラズマ症
カリニ肺炎	トキソプラズマ脳症(生後1か月以後)
イソスポラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)	クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)
単純ヘルペスウイルス感染症	サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
進行性多巣性白質脳症	原発性脳リンパ腫
カポジ肉腫	非ホジキンリンパ腫
H I V 脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)	H I V 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)
反復性肺炎	非定型抗酸菌症
サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)	
リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成: L I P / P L H complex (13歳未満)	
化膿性細菌感染症 (13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの) 1) 敗血症 2) 肺炎 3) 髄膜炎 4) 骨関節炎 5) 中耳、皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の腫瘍	
活動性結核(肺結核又は肺外結核) ※	浸潤性子宮頸癌 ※

※については、H I V による免疫不全を示唆する症状または所見がみられる場合に限る。