

医学的意見書		(免疫機能障害用)	
氏名	大正・昭和 年 月 日生 平成・令和		
住所	埼玉県 郡 町 市 村		
① 障害名			
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他 ()		
③ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)			
検査所見 四週間以上間隔をおいて実施した連続する二回の検査値を記入すること。			
	CD4陽性Tリンパ球数	白血球	HIV-RNA量
年 月 日	/ μℓ	/ μℓ	copy/ml
年 月 日	/ μℓ	/ μℓ	copy/ml
日和見感染症の既往の有無 (有の場合は具体的病名を記載すること。) 無 ・ 有 ()			
④ 障害認定所見 障害程度 (級相当) 〔軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 (再認定の時期 年 月 月 後)〕			
⑤ その他参考となる合併症状			
更生 医療	期 間	入院 日間・通院 日間 (回)	
	事前検査 ・ 具体的方針 ・ 効果		
所 見	医療機関名 所在地 診療担当科 作成医師氏名 年 月 日		

【更生相談所記入欄】	令和 年 月 日
適 ・ 否 ()	審査医