

自立支援医療（更生医療）意見書

免

(18歳以上・免疫機能障害者用)

| | |
|---|-------------------|
| 氏名 | 昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| 住所 | |
| 更生医療適用に関する医療機関及び医師の意見 | |
| <p>対象者は、下記診察・検査結果による医学的所見ならびに医療の具体的方針のとおり、免疫の機能の障害に基づく症状が、抗HIV剤の投与等によって、 ①軽減 ②除去 され、 日常生活能力の回復が見込まれるので、当該治療等に更生医療の適用が望ましい。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>指定(届出)医師名 (自署)</p> <p>診療担当医師 (自署) (自署でない場合は氏名の右に押印してください。)</p> | |

| |
|---|
| 医 学 的 所 見 |
| <p>○ エイズ発症の状況 HIV感染を確認した日 年 月 日 【医療の対象となる免疫の機能の障害に基づく症状】 (該当するものを○で囲んでください。)</p> <p>○ ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、 ①CD4陽性Tリンパ球数 200/μl以下 ②CD4陽性Tリンパ球数 500/μl以下 ③CD4陽性Tリンパ球数には関係なく、下記の検査所見に該当する項目が認められる。 ④エイズ発症の既往がある。</p> <p>【検査所見】 a. 白血球数：4週以上の間隔をおいた検査で、3,000/μl 未満の状態が、連続して2回以上続いている。 b. Hb量：4週以上の間隔をおいた検査で、男性 12g/dl 未満、女性 11g/dl 未満の状態が、連続して2回以上続いている。 c. 血小板数：4週以上の間隔をおいた検査で、10万/μl 未満の状態が、連続して2回以上続いている。 d. HIV-RNA量：4週以上の間隔をおいた検査で、5,000 コピー/ml 以上の状態が、連続して2回以上続いている。</p> <p>【日常生活活動所見】 e. 一日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、一ヵ月間で7日以上ある。 f. 体重が健常時に比して、10%以上減少している。 g. 月に7日以上、不定な発熱 (38℃以上) が、2ヶ月以上続いている。 h. 一日に3回以上の泥状ないし水様下痢が、月に7日以上ある。 i. 一日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔吐が、月に7日以上ある。 j. 次のような日和見感染症の既往がある。(該当する症状を○で囲んでください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内カンジタ症の頻回の繰り返し ・赤痢アメーバ症 ・帯状疱疹 ・単状ヘルペスウイルス感染症の頻回の繰り返し ・糞線虫症 ・伝染性軟属腫 ・その他の日和見感染症 () <p>k. 次のような日常生活活動の制限がある。(該当するものを○で囲んでください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生鮮食料品の摂取禁止 ・生水の摂取禁止 ・脂質の摂取制限 ・長期にわたる密な治療 ・厳密な服薬管理 ・人ごみの回避 <p>1. 軽作業を超える作業の回避が必要である。</p> |

- 【合併症】**：特徴的症狀 (サーベイランスのための AIDS 診断基準)
1. カンジタ症 (食道、気管、気管支または肺)
 2. クリプトコッカス症 (肺以外)
 3. コクシジオイデス症 (肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外の部位に又はそれらの全身に播腫したもの)
 4. ヒストプラズマ症 (肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外の部位に又はそれらの全身に播腫したもの)
 5. カリニ肺炎
 6. トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後)
 7. 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)
 8. インスポラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)
 9. 化膿性細菌感染症
 10. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌を除く)
 11. 活動性結核 (肺結核または肺外結核)
 12. 非定型抗酸菌症
 13. 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)
 14. 単純ヘルペスウイルス感染症 (1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を形成するもの、生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を合併するもののいずれか)
 15. 進行性多巣性白質脳症
 16. カボジ肉腫
 17. 原発性脳リンパ腫
 18. 非ホジキンリンパ腫
 19. 浸潤性子宮頸癌
 20. 反復性肺炎
 21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成：LIP/PLH complex (13歳未満)
 22. HIV 脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)
 23. HIV 消耗性症候群 (全身虚弱又はスリム病)

| | | | | | |
|------------------------------|-------|------|---------|-------|----|
| 医 療 の 具 体 的 方 法 | | | | | |
| I ① 抗HIV療法 (抗HIV薬名) | | | | | |
| | | | 治療開始年月日 | 年 月 日 | |
| ② 免疫調節療法 | | | | | |
| ③ 合併症に対する医療 (HIV感染症によるものに限る) | | | | | |
| II 院外処方薬局名 | | | | | |
| III 医療の概要 | | | | | |
| 医療費概算内訳 | 治療期間 | 入院 | ヶ月 | 通院 | ヶ月 |
| | 医療概算 | 健保点数 | 点 | 金額 | 円 |
| | 初診・再診 | | 点 | 検査 | 点 |
| | 投薬・注射 | | 点 | 入院 | 点 |
| | 処置 | | 点 | その他 | 点 |
| 手術 | | 点 | | 点 | |

※医療の範囲は、健康保険の診療方針および診療報酬の例による診察で、かつ免疫の機能の改善を図るための、抗HIV療法、免疫調節療法等 HIV 感染に対する医療に限られること。
 ※抗 HIV 療法、免疫調節療法等 HIV 感染に対する医療に、更生医療が適用されるためには、予め身体障害者更生相談所でその医療内容が規定に合致するとの診査・判定が行なわれた場合に限る。

(医療機関へのお願い)

兵庫県では、更生医療の申請以前に行われた検査・治療 (手術・訓練等) は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族等にご指導願います。