

医 学 的 意 見 書				(免疫機能障害用)	
氏 名				大正・昭和 平成・令和 年 月 日生	
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			
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		/ μ ℓ	/ μ ℓ	copy/mℓ	
年 月 日		/ μ ℓ	/ μ ℓ	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 相当）				障害程度（ 級 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要	
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 年 月 日 医 師 名 印				