

認定用健康状態報告書

			個人番号	(記入不要)		
患者の氏名		男・女	生年月日	年	月	日
血液製剤	第Ⅷ因子製剤・第Ⅸ因子製剤・その他()					
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 血友病A <input type="checkbox"/> 血友病B <input type="checkbox"/> von Willebrand 病 <input type="checkbox"/> 二次感染 <input type="checkbox"/> 三次感染 <input type="checkbox"/> その他()					
抗HIV抗体検査	スクリーニング法 PA法 判定:(+ -) 判定日: 年 月 日 ELISA法 判定:(+ -) 判定日: 年 月 日 確認法 IF法 判定:(+ -) 判定日: 年 月 日 WB法 判定:(+ -) 判定日: 年 月 日					
最近のデータ	検査年月日 年 月 日 実施 CD4 /μl CD4/8比 HIV RNA量 コピー/ml これまでに実施した検査におけるCD4の最低値とその検査日 CD4の最低値 /μl: 年 月 日実施					
備考						
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名称 所在地 (〒 -) 電 話 () 医師氏名 (診療科名)						

【記入要領】

- この健康状態報告書は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構から発症予防、健康管理をするための費用を受けようとする方がその申請時に必ず添えなければならない書類の一つです。
- 各項目に数値を記入し、あてはまる□すべてにチェック(☑)してください。
- 患者が二次・三次感染者である場合は、備考欄に感染原因者の使用していた血液製剤の種類、感染原因者の血友病の種類および感染原因者の抗体検査の結果を記入してください。
- 「最近のデータ」欄の値について、上段は直近のデータ、下段は**これまでの最低値**とその検査年月日をご記入ください。ご報告いただくCD4値が200以下と200超の場合で健康管理費用の支給金額が異なりますので、誤りのないようご記入ください。
- 陽性と判定された当時のカルテ等、報告書に記入された内容の証明となる資料を可能な限り添付してください。
- その他参考になることがあれば備考欄に記入してください。記入しきれない場合は別紙で作成いただいてもかまいません。

認定用健康状態報告書

			個人番号	(記入不要)
患者の氏名	機構 太郎	男・女	生年月日	●●●●年●月●日
血液製剤	第Ⅷ因子製剤・第Ⅸ因子製剤・その他()			
基礎疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 血友病A <input type="checkbox"/> 血友病B <input type="checkbox"/> von Willebrand 病 <input type="checkbox"/> 二次感染 <input type="checkbox"/> 三次感染 <input type="checkbox"/> その他()			
抗HIV抗体検査	スクリーニング法 PA法 判定:(+ -) 判定日: 年 月 日 ELISA法 判定:(+ -) 判定日: ●●●●年 ●月 ●日 確認法 IF法 判定:(+ -) 判定日: 年 月 日 WB法 判定:(+ -) 判定日: ●●●●年 ●月 ●日			
最近のデータ	検査年月日 ●●●●年 ●月 ●日 実施 CD4 ●●● /μℓ CD4/8比 ●. ●● HIV RNA量 ●●● コピー/ml これまでに実施した検査におけるCD4の最低値とその検査日 CD4の最低値 ●●● /μℓ : ●●●●年 ●月 ●日実施			
備 考				
上記のとおり診断します。 ●●●●年 ●月 ●日 医療機関名称 ○○ 病院 所在地 (〒* * * * - * * * *) 東京都千代田区霞が関 * * - * * - * * 電 話 * * * (* * *) * * * * 医師氏名 □□ □□ (診療科名 ●●●科)				

【記入要領】

- この健康状態報告書は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構から発症予防、健康管理をするための費用を受けようとする方がその申請時に必ず添えなければならない書類の一つです。
- 各項目に数値を記入し、あてはまる□すべてにチェック(☑)してください。
- 患者が二次・三次感染者である場合は、備考欄に感染原因者の使用していた血液製剤の種類、感染原因者の血友病の種類および感染原因者の抗体検査の結果を記入してください。
- 「最近のデータ」欄の値について、上段は直近のデータ、下段はこれまでの最低値とその検査年月日をご記入ください。ご報告いただくCD4値が200以下と200超の場合で健康管理費用の支給金額が異なりますので、誤りのないようご記入ください。
- 陽性と判定された当時のカルテ等、報告書に記入された内容の証明となる資料を可能な限り添付してください。
- その他参考になることがあれば備考欄に記入してください。記入しきれない場合は別紙で作成いただいてもかまいません。