様式５

支給金額変更用健康状態報告書

			個人番号	
患者の氏名		男・女	生年月日	年　月　日
基礎疾患	□血友病Ａ　□血友病Ｂ　□von Willebrand 病 □二次感染　□三次感染　□その他（　）			
該当するデータ	検査年月日　年　月　日 実　施 CD4　／μℓ　CD4/8比　HIV RNA量　コピー/mℓ			
備考				

上記のとおり診断します。

年　月　日

医療機関の名称

住　所（〒　－　）

電話番号（　）　－

医師氏名

（ 診療科名　）

【記入要領】

１　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健康管理費用を受給している方が、免疫不全の状態を表すＣＤ４（Ｔ４）リンパ球が１μℓ当たり200以下になった場合、支給金額の変更のために提出しなければならない報告書です。

２　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。

３　個人番号が不明である場合、空欄のままで差し支えありません。

４　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。