

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害診断書

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	(歳)	
障害名							
原因となった疾病・外傷名等	分類： [感染症 ・ 中毒性疾患 ・ その他の疾病 ・ 出生時の損傷 ・ 交通事故 ・ 労働災害 ・ スポーツ事故 ・ 先天性 ・ その他 () ・ 不明]						
発症・発生時期	年 月 日 (頃)						
障害の経過	病歴						
	現症・合併症の状態						
内服薬、外用薬等の使用状況	あり	内容： []				・ なし	
身体活動の制限	要 (内容：)					・ 不要	
主な理学的所見及び検査結果			(検査日： 年 月 日)				
身長	c m		体重	k g			
脈拍	/min (整 ・ 不整)		血圧	/ mmHg			
胸部所見							
腹部所見							
リンパ腺腫大				皮疹			
その他							
主な検査結果	H I V 抗体			血漿 H I V 量			
	C D 4 陽性リンパ球			C D 8 陽性リンパ球			
	胸部レントゲン写真			その他			
上記のとおり診断する。							
年 月 日							
医療機関名 (〒)							
住 所							
(TEL : - -)							
(FAX : - -)							
医師氏名 印							