

身体障害者診断書・意見書〔免疫機能障害用〕

総括表

(13歳未満用)

氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 () 歳	男 女
住所				
1 障害名(部位を明記)				
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、疾病、先天性、その他()		
3 疾病・外傷発生年月日		年 月 日・場所		
4 参考となる経過および現症(エックス線および検査所見を含む。)				
障害固定または障害確定(推定) 年 月 日				
5 総合所見				
(将来再認定 要・不要) 次期再認定日 年 月				
6 その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 平成 年 月 日 病院または診療所の名称 所在地 診療担当科名 科 医師氏名 (印)				
身体障害者福祉法第15条第3項の意見(障害程度等級についても参考意見を記入) 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する(級担当) ・該当しない				
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、 心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒 中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断 書・意見書」(別様式)を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分に ついてお問い合わせする場合があります。				

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態および所見(13歳未満用)

1 HIV感染の確認日および確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として次の(1)および(2)のいずれかの検査により確認される。(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる小児で検査時に生後18か月未満のものについては、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV病原検査の結果」または(3)の検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年月日	陽性 陰性

(注) 1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査またはHIV病原検査の結果

	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		年月日	陽性 陰性
HIV病原検査の結果		年月日	陽性 陰性

(注) 2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数(①)	/ μl
CD4陽性Tリンパ球数(②)	/ μl
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合([②] / [①])	%
CD8陽性Tリンパ球数(③)	/ μl
CD4/CD8比([②] / [③])	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検査日	年 月 日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	/ μ l	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正常

(注)4 免疫学的分類の欄は、「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(2)イの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

次の臨床症状の有無(既往を含む。)について、該当するものを○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患が見られ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

(注)5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

イ 中等度の症状

臨床症状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症(<1,000/ μ l)	有・無
30日以上続く貧血(<Hb 8g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症(<100,000/ μ l)	有・無
1月以上続く発熱	有・無
反復性または慢性の下痢	有・無
生後1月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・無
生後1月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎または食道炎	有・無
生後1月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6月以上の小児に2月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有・無

反復性単純ヘルペスウイルス口内炎(1年以内に2回以上)	有・無
2回以上または2つの皮膚節以上の帯状疱疹 ^{ほうしん}	有・無
細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症	有・無
ノカルジア症	有・無
播種性水痘 ^は	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫	有・無
HIV腎症	有・無
臨床症状の数 [個] …………… ①	

(注)6 臨床症状の数の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹(2箇所以上で0.5cm以上。対称性は、1箇所とみなす。)	有・無
肝腫大	有・無
脾腫大 ^ひ	有・無
皮膚炎	有・無
耳下腺炎	有・無
反復性または持続性の上気道感染	有・無
反復性または持続性の副鼻腔炎	有・無
反復性または持続性の中耳炎	有・無
臨床症状の数 [個] …………… ②	

(注)7 臨床症状の数の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。