

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害13歳未満用）

総括表

氏名	年 月 日生（ ）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・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
<div style="text-align: right;"> 〔 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 （再認定の時期 年 月 月後） 〕 </div>		
⑤ 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。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名 医師氏名（自署又は記名押印）		
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 （ 級相当） ・ 該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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 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ページ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及び所見（13歳未満用）

1 HIV 感染確認日及びその確認方法

HIV 感染を確認した日 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として以下の（1）及び（2）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検査時に生後18箇月未満の小児については、更に以下の（1）の検査に加えて、（2）のうち「HIV病原検査の結果」又は（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）抗体確認検査又は 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。

注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
I g G	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	/ μl	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」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)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、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 / μl)	有 ・ 無
30日以上続く貧血 (< Hb 8 g / dl)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症 (< 100,000 / μl)	有 ・ 無

1 箇月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後 1 箇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 箇月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有 ・ 無
生後 1 箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無
6 箇月以上の小児に 2 箇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 回以上又は 2 つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
H I V 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
リンパ筋腫腸（2 箇所以上で 0. 5 c m 以上のもの。対称性のものは 1 箇所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無

耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	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。