第６号様式

**ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害**

**身体障害者診断書・意見書（　　　　　　　　　　　１３歳未満用）**

総括表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  氏　名 | 年　　月　　日生（　　　）歳 | 男・女 |
|  住　所　船橋市 |
|  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（ 　　　）※上記のいずれかを必ず選択してください |
|  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※診断日以前の日付をご記入ください |
|  ⑤ 総合所見〔将来再認定：　要 ・ 不要 〕　要の場合再認定の理由（重度化・軽度化）再認定の時期（　　　年　　月）※診断日から１年以上５年以内の期間でご記入ください |
|  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。 　　　　年　　月　　日  |
| 　 | 病院又は診療所の名称所　 　 　在　　　 地担当診療科名　　 　科　医師氏名　　　　 　　　　　　 |
|  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 | １　障害名には、現在起こっている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、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　「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。３　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。４　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問い合わせする場合があります。身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する指定医師の診断を受けてください |

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫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、いずれか一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　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 　　一つを行うこと。 （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１ ｢抗体確認検査｣とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。 　　２ ｢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 |  　/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　｢免疫学的分類｣欄では「船橋市身体障害認定基準」第９ヒト免疫不全ウイルスによる 　　免疫の機能障害２の（２）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 ｢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 8g/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回以上又は二つの皮膚節以上の帯状 |  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 |
|  種性水痘 |  有 ・ 無 |
|  肝炎 |  有 ・ 無 |
|  心筋症 |  有 ・ 無 |
|  平滑筋肉 |  有 ・ 無 |
|  ＨＩＶ症 |  有 ・ 無 |
|  |
|  |  |  臨床症状の数[　　　　　　個]　･･････　① |  |  |
|  　注 ｢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 |  |
|  リンパ節脹(２箇所以上で0.5㎝以上。対称性は１箇所とみなす。) |  有 ・ 無 |
|  肝大 |  有 ・ 無 |
|  大 |  有 ・ 無 |
|  皮膚炎 |  有 ・ 無 |
|  耳下炎 |  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　「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。 |