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。 | | | | | | | | | | |