

身体障害者診断書・意見書（ヒト免疫不全ウイルス 13歳以上用）
 による免疫機能障害

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歳以上用）

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

(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。

(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

- 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。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、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。

回復不能なエイズ合併症のため 介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
------------------------------	-----------

3 CD4陽性Tリンパ球数 (/μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	/μl	/μl
年 月 日	/μl	

注 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検 査 日	年 月 日	年 月 日
白 血 球 数	/μl	/μl

検 査 日	年 月 日	年 月 日
H b 量	g/dl	g/dl

検 査 日	年 月 日	年 月 日
血 小 板 数	/μl	/μl

検 査 日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA量	copy/ml	copy/ml

注 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数[個]……①

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1日に1時間以上の安静臥床 ^が を必要とするほどの強い倦怠感 ^{けんたい} 及び易疲労が月に7日以上ある。	有・無
健常時に比し10%以上の体重減少がある。	有・無
月に7日以上 ^の 不定の発熱(38℃以上)が2箇月以上続く。	有・無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある。	有・無
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。	有・無
「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1の(1)のアのjに示す日和見感染症の既往がある。	有・無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。	有・無
軽作業を超える作業の回避が必要である。	有・無
日常生活活動制限の数[個] …… ②	

注

- 1 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。
- 2 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値(/ μ l)	/ μ l
検査所見の該当数 (①)	個
日常生活活動制限の該当数(②)	個