

身体障害者診断書・意見書（ヒト免疫不全ウイルス 13歳未満用）  
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)	/ $\mu$ l
CD4陽性Tリンパ球数(②)	/ $\mu$ l
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)	/ $\mu$ l
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	/ $\mu$ 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 「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/ $\mu$ 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/ $\mu$ l)	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 <sup>くわいん</sup>	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疱疹 <sup>ほうしん</sup>	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 <sup>は</sup>	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫 <sup>しゆ</sup>	有・無
HIV腎症 <sup>じん</sup>	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 <sup>しゆ</sup>	有・無
脾腫大 <sup>ひしゆ</sup>	有・無
皮膚炎	有・無
耳下腺炎 <sup>せん</sup>	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 <sup>くわう</sup>	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。