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歳以上用）**

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 | | |  |
| Ｈｂ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時間以上の安静床を必要とするほどの強い感及び易疲労  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(/μl) | /μl | |
| 検査所見の該当数（①） | 個 | |
|  |  | |
|  |  | 日常生活活動制限の該当数(②) | 個 | |  |  |
|  | | | | |