

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害用）

総括表

氏名	年 月 日	男 女
住所		
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、疾病、先天性、その他（ ）	
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		
⑤総合所見 〔将来再認定 要（ 軽度化 ・ 重度化 ） ・ 不要 〕		
⑥その他参考となる合併症		
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 診療担当科名 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		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、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 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

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)および(2)の検査により確認される。(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。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か月未満の小児については、さらに以下の(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1 酸素抗体法（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2 「抗体確認検査」とは、western Blot 法、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいう。

注3 「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
I g G	m g / d l

検 査 日	年 月 日
全リンパ球数 (①)	/ μ l
CD4陽性Tリンパ球数 (②)	/ μ 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)	/ μ 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

区 分	検 査 値	免疫学的分類
C D 4 陽性Tリンパ球数	μ l	重度低下・中等度低下・正 常
全リンパ球数に対するC D 4 陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正 常

注4 「免疫学的分類」欄では、「身体障害認定基準」6 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(2)のイの(イ)による程度に該当するものを○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。）について該当するものを○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5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1 9 9 9）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
3 0 日以上続く好中球減少症 ($< 1, 0 0 0 / \mu$ l)	有 ・ 無
3 0 日以上続く貧血 ($< H b 8 g / d l$)	有 ・ 無
3 0 日以上続く血小板減少症 ($< 1 0 0, 0 0 0 / \mu$ l)	有 ・ 無
1 月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後1 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 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 月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無
6 月以上の小児に2 月以上続く口腔咽頭カンジダ症	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２つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播腫性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
H I V腎症	有 ・ 無
臨床症状の該当数〔 個〕 …… ①	

注６ 「臨床症状の該当数」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
リンパ筋腫脹（０．５ｃｍ以上の腫脹が２か所以上あること。ただし、対称性は１か所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	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腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の該当数〔 個〕 …… ②	有 ・ 無

注７ 「臨床症状の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。