

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害・13歳未満用)

総括表

氏名	平 ・ 令	年	月	日生()歳	男・女
住所					
1 障害名(部位を明記)	免疫機能障害				
2 原因となった 疾病・外傷名	H I V 感染		交通、労災、その他の事故、疾病、 自然災害、先天性、その他()		
3 疾病・外傷発生年月日	平 ・ 令	年	月	日	場所
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。)					
障害固定又は障害確定(推定) 平 ・ 令 年 月 日					
5 総合所見(障害認定に必要な事項、臨床症状、日常生活活動の制限、将来再認定について明記)					
【 将来再認定： 不要 ・ 要 (軽度化 ・ 重度化) ⇒ 再認定時期： 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後 】					
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記する。					
令和 年 月 日					
病院又は診療所の名称					
所在地					
電話番号 () —					
診療担当科名 科 第15条指定医師氏名					
(署名又は記名押印)					
※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。					
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) 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の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(1)の検査が陽性であつて、かつ、(2)のいずれか一つの検査による陽性確認が必要である。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、(1)の検査が陽性であつて、かつ、(2)のうちHIV病原検査が陽性であるか、(3)の検査による確認のいずれかが必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

判定結果	検査法	検査日	検査結果
			年 月 日

注1 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
IgG	mg/dl

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	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5 「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(<Hb8g/dl)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症(<100,000/ μl)	有 ・ 無
1か月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後1か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か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か月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無

イ 中等度の症状(つづき)

臨 床 症 状	症状の有無
6か月以上の小児に2か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
播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉種	有 ・ 無
H I V腎症	有 ・ 無
臨床症状の数 [個] ……①	

注6 「臨床症状」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か所以上で0.5cm以上。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
臨床症状の数 [個] ……②	

注7 「臨床症状」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。