様式第12号（第５条関係）

**身体障害者診断書・意見書**(免疫機能障害<13歳以上>用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | 年 |  | | | 月 |  | | | 日生( | | |  | | ）歳 | | | 男・女 | |
| 住　所 | | |  | | **静岡市** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 将来再認定（障害程度の変化の見込）　　　　　　　　　　　　　　　　要（時期　　　年　　月）・不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | 令和 | | |  | | 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すること。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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　障害名欄には現在起っている障害（両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等）を記入してください。  ２　原因となった疾病・外傷名欄には、緑内障、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。  ３　障害区分や等級決定のため、静岡市健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合せする場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

別紙11

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。  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４　「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５　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、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６　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を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲 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か月以上続く | | | | | | | | 有・無 | |  |
|  | １日に３回以上の泥状又は水様の下痢が月に７日以上ある | | | | | | | | 有・無 | |  |
|  | １日に２回以上の嘔吐又は30分以上の嘔気が月に７日以上ある | | | | | | | | 有・無 | |  |
|  | 「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（1）のアの（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７　「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。  注８　「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」、「長期にわたるち密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に核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 |  |
|  | 検査所見の核当数（①） | | | | | |  | | | 個 |  |
|  | 日常生活活動制限の該当数（②） | | | | | |  | | | 個 |  |
|  |  |  | | |  | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | |