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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |