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歳未満>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12

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、原則として以下の（１）及び（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。  （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） | | | |  | | | | | | | | | | /μl |  |
|  | CD4陽性Tリンパ球数（②） | | | |  | | | | | | | | | | /μl |  |
|  | 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） | | | |  | | | | | | | | | | /μl |  |
|  | 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J（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 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | |  |  |
|  | 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 |  |
|  | 反復性単純へ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、肺炎または敗血症 | | | | | | 有・無 |  |
|  | ノカルジア痘 | | | | | | 有・無 |  |
|  | 播種性水痘 | | | | | | 有・無 |  |
|  | 肝炎 | | | | | | 有・無 |  |
|  | 心筋症 | | | | | | 有・無 |  |
|  | 平滑筋肉腫 | | | | | | 有・無 |  |
|  | HIV腎症 | | | | | | 有・無 |  |
|  | 臨床症状の数〔 |  | | | 個〕　……　① | | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注６　「臨床症状の数」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　「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。 | | | | | | | | | | |