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。 |