

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 静岡県		
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、静岡県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、問い合わせする場合があります。

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）	/ 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	/ μ l	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

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。