## 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					その他の事		、戦災、
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) で で で で で で で で で で で で で で で で で で で				年	<u>a</u>	月	Ħ
5	総合所見							
	将来再認定 (障害程度の変化の見込)				要(時期	年 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 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名	付す。	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	等級につい	ハても参え	考意見を記	込すること	:.)	
	障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げ ・該当する。 ( ・該当しない。	る障害に 級相当	j)					

(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。

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	皿	陽性、	陰性
HIV 病原検査の結果		年	月	田	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	目	
全リンパ球数 (①)				$/ \mu 1$
CD4 陽性 T リンパ球数 (②)				$/\mu 1$
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 1
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			$/\mu 1$	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	ヒト免疫不会	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	ے ح				

## (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/μ1)	有・無
30 日以上続く貧血 ( <hb8g dl)<="" td=""><td>有・無</td></hb8g>	有・無
30 日以上続く血小板減少症(<100, 000/μ1)	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
反復性単純ヘルペスウイルスロ内炎 (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。