様式第３

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害用)

総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 平成令和**母 示 中 環 小** | 年　　月　　日生 | 男　女 |
| 住　所 |
| 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（レントゲン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 〔 将来再認定　　要 ・ 不要　〕 〔 再認定の時期 　　 年　　月〕 |
| ⑥ | 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。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　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） |
| 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］　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　意１　障害名には現在起こっている障害、免疫機能障害を記入し、原因となった疾病には、ＨＩＶ感染症と原因となった疾患名を記入してください。２　障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について、お問い合わ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）および（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　酸素抗体法（ELISA）、粒子凝縮法（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　法 | 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「等級障害認定基準」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病床の有無（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にの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。　　　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（＜Hb 8g/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 |
| ノカルジア症 | 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。 |