

第2号様式（第4条関係）

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
障害名（部位を明記）		
原因となつた 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（ ）	
疾病・外傷発生年月日	年 月 日・場所	
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
総合所見		
<p style="text-align: right;">[将来再認定 要 ・ 不要] [再認定の時期 年 月]</p>		
その他参考となる合併症状		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地</p> <p style="text-align: center;">診療担当科名 科 医師氏名 印</p>		
<p>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）</p> <p>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）。</p> <p>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しない。</p>		
<p>注</p> <p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺^ひ、心臓機能障害等を記入し、原因となつた疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄^{さく}等原因となつた疾患名を記入すること。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、山梨県社会福祉審議会から次ページ以降の部分について問い合わせる場合がある。</p>		

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(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、(1)の検査及び(2)の抗体確認検査又はHIV病原検査を行うこと。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箇月未満の小児については、(1)の検査及び(2)のHIV病原検査又は(3)の検査を行うこと。

(1) HIV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 「HIV抗体スクリーニング検査法」とは、酸素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等の検査をいう。

注2 削除

(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3 「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4 「HIV病原検査」とは、HIV抗体検査、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
I g G	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	/ 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

注5 「免疫学的分類」欄では、「等級表解説」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6 「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」(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/ μ l)	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/ μ l)	有・無
1月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無
生後1箇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箇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箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6箇月以上の小児に2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、肺炎又は敗血症	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
H I V腎症	有・無
臨床症状の数 [個] …………… ①	

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。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹(2箇所以上で0.5cm以上。対称性は1箇所とみなす。)	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8 「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。