

身体障害者診断書・意見書 〔ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害用〕
(13歳未満)

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
1 障害名(部位を明記) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 □□□□□□		
2 原因となった 疾病・外傷名	□□□□	10 20 30 40 50 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() 60 70 80 90
3 疾病・外傷発生日 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		
〔将来再認定 要(重度化・その他) 不要〕 再認定年月 年 月		
6 その他の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		
勤務先 (所在地・名称・電話番号)		
身体障害者福祉法 診療担当科名 科 第 15 条 指定 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〕		
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、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳血管障害、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。
 2. 障害区分や等級決定のため、改めて診断内容についてお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一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)等のうち一つを行うこと。

(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/l

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	/ 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」(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 カ月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後 1 カ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 カ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 カ月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無

6 カ月以上の小児に 2 カ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
リンパ筋腫脹(2 カ所以上で 0.5cm 以上。対称性は 1 カ所とみなす。)	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。