

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳未満用)

総括表

氏名	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、 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										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">軽度化による将来再認定</td> <td style="text-align: center;">要</td> <td style="text-align: center;">・</td> <td style="text-align: center;">不要</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(再認定の時期</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日後)</td> </tr> </table>			軽度化による将来再認定	要	・	不要	(再認定の時期	年	月	日後)
軽度化による将来再認定	要	・	不要							
(再認定の時期	年	月	日後)							
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 ㊦								
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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ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）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箇月未満の小児については、更に以下の（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/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($< 1,000/\mu\text{l}$)	有・無
30日以上続く貧血($< \text{Hb } 8\text{g}/\text{dl}$)	有・無
30日以上続く血小板減少症($< 100,000/\mu\text{l}$)	有・無
1箇月以上続く発熱	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 箇月以上続く口腔咽頭カンジダ症 ^{くわいん}	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 ^{ほうしん}	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
は 播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫 ^{しゅ}	有 ・ 無
H I V 腎症 ^{じん}	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 ^{しゅ} （2 箇所以上で 0 . 5 cm 以上のもの。対称性のものは 1 箇所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大 ^{しゅ}	有 ・ 無
脾腫大 ^{ひ しゅ}	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎 ^{せん}	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 ^{くう}	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。