

身体障害者診断書・意見書 (免疫機能障害〔13歳未満〕)

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、 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 (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		
軽度化による将来再認定 要 (時期 年 月) ・ 不要		
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、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入して下さい。 2 障害区分や等級決定のため、富山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)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 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 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	g/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「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(i)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 ($<\text{Hb } 8 \text{ g/dl}$)	有 ・ 無
30 日以上続く血小板減少症 ($<100,000/\mu\text{l}$)	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
H I V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0.5 cm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。