

様式第1号(12) (第2条関係)

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、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 ・ 不要 〕 (再認定の時期 年 月後)		
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）	/ 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	/ 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/ 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
播種性水痘 ^は	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫 ^{しゅ}	有 ・ 無
HIV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 ^{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。