

様式第 3

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害用)

総括表

氏 名	平成 令和	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（レントゲン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 ・ 不要 〕 〔 再認定の時期 年 月 〕					
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、免疫機能障害を記入し、原因となった疾病には、H I V 感染症と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、地方社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について、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）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 酸素抗体法（ELISA）、粒子凝縮法（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 法	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
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	/ $\mu\ell$	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「等級障害認定基準」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

以下の臨床病床の有無（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（ $<1,000/\mu\ell$ ）	有 ・ 無
30 日以上続く貧血（ $<\text{Hb } 8\text{g/d}\ell$ ）	有 ・ 無
30 日以上続く血小板減少症（ $<100,000/\mu\ell$ ）	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 0.5cm 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。