



様式第3号

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害13歳未満用）

氏名	明治・昭和 大正・平成	年 月 日生 ( )歳	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，震災，震災以外の天災，その他 ( )	
③ 疾病・外傷発生日		昭和 平成	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） 昭和・平成 年 月 日			
⑤ 総合所見（障害の程度を詳細に記入。）			
(軽症化・重症化)			
[ 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。			
平成 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
印			
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、右上下肢麻痺、 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 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、兵庫県社会福祉審議会から改めて照会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	mg/dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数(①)	$1/\mu l$
CD4陽性Tリンパ球数(②)	$1/\mu l$
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)	$1/\mu l$
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	/ $\mu\text{l}$	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/ $\mu\text{l}$ )	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/ $\mu\text{l}$ )	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0.5cm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。