

身体障害者診断書・意見書

免疫機能障害(13歳以上)用

総括表

氏 名	大 正 昭 和 平 成 令 和	年	月	日
住 所				
① 障害名（障害認定の対象となる部位を明記）				
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 昭 和 年 月 日 ・ 場 所（ ） 平 成 令 和				
④ 参考となる経過・現症（エックス線所見及び検査所見を含む。） 障害固定又は障害確定（推定） 昭 和 年 月 日 平 成 令 和				
⑤ 総 合 所 見 [将来再認定：不要・要（障害程度軽度化見込み）] [再認定時期：令和 年 月] ← (発育や治療、訓練によって、等級に変更が生じるほど障害程度が軽度化することが予想される場合は「 <u>要（障害程度軽度化見込み）</u> 」を○で囲み、再認定時期を1～5年後の範囲内で記載すること。それ以外の場合は「不要」を○で囲むこと。)				
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。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 身体障害者指定医師氏名 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				

※ 身体障害者指定医師氏名欄は、自筆による署名又は記名押印をお願いします。

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

(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), 粒子凝固法(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(※いずれか 1 つの検査による確認が必要)

	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。

2 エイズ発症の状況

HIV に感染していて, エイズを発症している者の場合は, 次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活が …… 不能・可能 (○で囲む)	

注 「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

3 CD4陽性リンパ球数 (/ μl)

検 査 日	検 査 値
年 月 日	/ μ l
年 月 日	/ μ l

平 均 値	/ μ l
-------	-------

* 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する 2回の検査値及びその平均値を記載すること。

4 検査所見, 日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

白血球数	年 月 日 検査 / μ l	年 月 日 検査 / μ l	いずれも 3,000 / μ l 未満
Hb 量	年 月 日 検査 g / dl	年 月 日 検査 g / dl	いずれも 男性 12g / dl 未満 女性 11g / dl 未満
血小板数	年 月 日 検査 / μ l	年 月 日 検査 / μ l	いずれも 10万 / μ l 未満
HIV-RNA 量	年 月 日 検査 copy / ml	年 月 日 検査 copy / ml	いずれも 5,000copy / ml 以上

右欄の基準に該当する検査所見の数 個 ...①

(2) 日常生活活動制限の状況

該当する方を○で囲むこと

1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほど強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある	有・無
健常時に比し10%以上の体重増減がある	有・無
月に7日以上の上の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	有・無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある	有・無
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
口腔内カンジダ症(頻繁に繰り返すもの), 赤痢アメーバ症, 带状疱疹, 単純ヘルペスウイルス感染症(頻繁に繰り返すもの), 糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染の既往がある	有・無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有・無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有・無

注 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に, 「生水の摂取禁止」, 「脂質の摂取制限」, 「長期にわたる密な治療」, 「厳密な服薬管理」, 「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

日常生活活動制限の数(上記「有」の数) 個 ...②

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
CD4陽性 T リンパ球数の平均値 (/ μ l)	 / μ l
検査所見の該当数 (①)	 個
日常生活活動制限の該当数 (②)	 個

〈お願い〉 指定医の先生方へ

- 1 現症は詳細に記入してください。
- 2 等級認定については、下記の表内容を参考にして下さい。

1 級	ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの (1) CD4陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で下表の6項目以上に該当するもの (2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能なもの
2 級	ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの (1) CD4陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で、下表の3項目以上に該当するもの (2) エイズ発症の既往があり、下表の3項目以上に該当するもの (3) CD4陽性リンパT球数に関係なく、下表のaからdまでの1つを含む6項目以上に該当するもの
3 級	ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの (1) CD4陽性 T リンパ球数が $500/\mu\text{l}$ 以下で、下表の3項目以上に該当するもの (2) CD4陽性 T リンパ球数に関係なく、下表の a から d までの1つを含む4項目以上に該当するもの
4 級	ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの (1) CD4陽性 T リンパ球数が $500/\mu\text{l}$ 以下で、下表の1項目以上に該当するもの (2) CD4陽性 T リンパ球数に関係なく、下表の a から d までの1つを含む2項目以上に該当するもの

(下表)

a. 白血球数について $3,000/\mu\text{l}$ 未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続2回以上続く
b. Hb 量について男性 $12\text{g}/\text{dl}$ 未満, 女性 $11\text{g}/\text{dl}$ 未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
c. 血小板数について $10\text{万}/\mu\text{l}$ 未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
d. ヒト免疫不全ウイルス—RNA 量について $5,000\text{コピー}/\text{ml}$ 以上の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
e. 一日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある
f. 健常時に比し10%以上の体重減少がある
g. 月に7日以上の上の不定の発熱 (38°C 以上)が2か月以上続く
h. 一日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある
i. 一日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある
j. 口腔内カンジダ症 (頻繁に繰り返すもの), 赤痢アメーバ症, 帯状疱疹, 単純ヘルペスウイルス感染症 (頻繁に繰り返すもの), 糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
k. 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
l. 軽作業を超える作業の回避が必要である