

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	大昭和 昭平成 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 平成 令和 年 月 日・場所（ ）				
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 平成 令和 年 月 日				
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「要（障害程度軽度化見込み）」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。

(3) 免疫学的検査所見

IgG	年 月 日 検査	mg / dl
	年 月 日 検査	
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 (①/②)		%
CD8陽性 T リンパ球数 (③)		/ μ l
CD4 / CD8 比 (②/③)		

※ 検査時点で生後18箇月未満の小児について周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる場合は, 上の(1)の検査に加えて, (2)の「HIV病原検査の結果」又は(3)の検査による確認が必要となる。

2 障害の状況

	年 月 日 検査	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1 「免疫学的分類」は, 裏面解説の表2の分類による。(いずれかを○で囲む)

(2) 臨床症状

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2 「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)

イ 中等度の症状

該当する方を○で囲むこと

臨 床 症 状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症 ($< 1,000/\mu l$)	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 ($< 100,000/\mu l$)	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, 肺炎又は敗血症 (1回)	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
HIV 腎症	有・無

臨床症状の「有」の数 個

ウ 軽度の症状

該当する方を○で囲むこと

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ筋腫脹 (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「有」の数 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記入してください。

1 級	ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、「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)が採択した指標疾患のうち1項目以上が認められるもの
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) 表1の症状のうち1項目以上に該当するもの (2) 表2の免疫学的分類において「重度低下」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) 表3の症状のうち2項目以上該当するもの (2) 表2の免疫学的分類において「中等度低下」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、表3の症状のうち1項目以上に該当するもの

(表1)

a. 30日以上続く好中球減少症 ($< 1,000/\mu l$)
b. 30日以上続く貧血 ($< \text{Hb } 8\text{g/dl}$)
c. 30日以上続く血小板減少症 ($< 100,000/\mu l$)
d. 1か月以上続く発熱
e. 反復性又は慢性の下痢
f. 生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染
g. 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
h. 生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症
i. 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
j. 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)
k. 2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹
l. 細菌性の髄膜炎, 肺炎又は敗血症 (1回)
m. ノカルジア症
n. 播種性水痘
o. 肝炎
p. 心筋症
q. 平滑筋肉腫
r. HIV 腎症

(表2)

免疫学的類	児 の 年 齢		
	1歳未満	1～6歳未満	6～13歳未満
正 常	$\geq 1,500/\mu l$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu l$ $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu l$ $\geq 25\%$
中 等 度 以 下	$750 \sim 1,499/\mu l$ 15～24%	$500 \sim 999/\mu l$ 15～24%	$200 \sim 499/\mu l$ 15～24%
重 度 低 下	$< 750/\mu l$ $< 15\%$	$< 500/\mu l$ $< 15\%$	$< 200/\mu l$ $< 15\%$

上段:CD4陽性Tリンパ球数
下段:全リンパ球数に対するCD4陽性
Tリンパ球数の割合

注 免疫学的分類は、いずれか重篤な分類により評価する。

(表3)

a. 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)
b. 肝腫大
c. 脾腫大
d. 皮膚炎
e. 耳下腺炎
f. 反復性又は持続性の上気道感染
g. 反復性又は持続性の副鼻腔炎
h. 反復性又は持続性の中耳炎