

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、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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、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 酸素抗体法（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 |
|-----|-------|
| 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 | / μl | 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/ μl) | 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/ μl) | 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 | 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 | 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 | 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。