

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（ 歳）                                | 男 女 |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |     |
| ① 障害名（部位を明記）                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |     |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |     |
| <div style="text-align: right;">                     〔将来再認定 要（軽度化・重度化）・不要〕<br/>                     〔再認定の時期 年 月〕                 </div>                                                                                                                                                              |                                           |     |
| ⑥ その他参考となる合併症状                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |     |
| <p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称<br/>所 在 地</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名</p>                                                                                                                                                                                                         |                                           |     |
| <p>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〕</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 該当する （ 級相当）</li> <li>・ 該当しない</li> </ul>                                                                                                                                       |                                           |     |
| <p>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。</p> <p>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。</p> <p>3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。</p> <p>4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。</p> |                                           |     |

申請者氏名 \_\_\_\_\_

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月未満の小児については、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

| 区 分     | 検 査 法 | 検 査 日 | 検査結果  |
|---------|-------|-------|-------|
| 判 定 結 果 |       | 年 月 日 | 陽性・陰性 |

注 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

| 区 分        | 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1 「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2 「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 |

申請者氏名

医師氏名

| 検 査 日                                 | 年 月 日       |
|---------------------------------------|-------------|
| 全リンパ球数 (①)                            | / $\mu\ell$ |
| CD4 陽性Tリンパ球数 (②)                      | / $\mu\ell$ |
| 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)                      | / $\mu\ell$ |
| CD4 / CD8 比 ([②] / [③])               |             |

## 2 障害の状況

### (1) 免疫学的分類

検査日 年 月 日

| 区 分                       | 検 査 値       | 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 「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) による程度に該当するものを○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。) について該当するものを○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 「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 ( $<\text{Hb } 8 \text{ g/dl}$ ) | 有 ・ 無 |
| 30日以上続く血小板減少症 ( $<100,000/\mu\ell$ )       | 有 ・ 無 |

申請者氏名

医師氏名

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| 1 月以上続く発熱                           | 有 ・ 無 |
| 反復性又は慢性の下痢                          | 有 ・ 無 |
| 生後 1 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 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 月以前に発症したトキソプラズマ症               | 有 ・ 無 |
| 6 月以上の小児に 2 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 |
| 臨床症状の該当数〔 個〕……………①                  |       |

注 「臨床症状の該当数」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〔0.5cm以上の腫脹が 2 か所以上あること。ただし、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 |
| 臨床症状の該当数〔 個〕……………②                                |       |

注 「臨床症状の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。