

身体障害者診断書・意見書 〔ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害用〕

(13歳以上)

氏名	年 月 日生	男 ・ 女
住所		
1. 障害名(部位を明記) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		
2. 原因となった疾病・外傷名		
	10	20
	30	40
	50	60
	70	80
	90	
3. 疾病・外傷発生日 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="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>将来再認定 要 (重度化 ・ その他) ・ 不要</p> <p style="font-size: small;">※ 再認定「要」のときは、重度化・その他 のいずれかにも○</p> <p style="font-size: small;">※ 再認定理由が「その他」のときは、総合所見に理由を記載</p> <p>再認定年月 年 月</p> </div>		
6. その他の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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">勤務先</p> <p style="text-align: center;">(所在地・名称・電話番号)</p> <p style="text-align: center;">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"> ・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、脳血管障害、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、豊中市社会福祉審議会から改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

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

(2)についてはいずれか一つ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 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。

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

注4 「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。

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
--------------------------	-----------

3 CD4 陽性 T リンパ球数(/ $\mu\ell$)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$
年 月 日	/ $\mu\ell$	

注5 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する二回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見、日常生活活動の制限の状況

(1)検査所見

検 査 日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$

検 査 日	年 月 日	年 月 日
Hb 量	g/d ℓ	g/d ℓ

検 査 日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$

検 査 日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA 量	copy/ml	copy/ml

注6 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。

検査所見の該当数 [個] ①
--

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
一日に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	有 ・ 無
健常時に比し10%以上の体重減少がある	有 ・ 無
月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く	有 ・ 無
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	有 ・ 無
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	有 ・ 無
「等級解説表」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のAの(A)のjに示す日和見感染症の既往がある	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
日常生活活動制限の数 [個] ②	

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

注8 「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。

(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 (/μℓ)	/μℓ
検査所見の該当数(①)	個
日常生活活動制限の該当数(②)	個

身体障害者診断書・意見書 〔ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害用〕 (13歳未満)

氏名	年	月	日生	男	女																								
住所																													
1. 障害名(部位を明記)		ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																								
2. 原因となった 疾病・外傷名		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">10</td> <td style="width: 20%;">20</td> <td style="width: 20%;">30</td> <td style="width: 20%;">40</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td colspan="3">交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3">自然災害、疾病、先天性、その</td> </tr> <tr> <td>(</td> <td colspan="3">)</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> </tr> </table>			10	20	30	40	50	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			()			60	70	80	90
10	20	30	40																										
50	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																												
()																												
60	70	80	90																										
3. 疾病・外傷発生日		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) <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px;">年</td> <td style="width: 20px;">月</td> <td style="width: 20px;">日</td> </tr> </table>						年	月	日																					
年	月	日																											
5. 総合所見																													
〔将来再認定 要 (重度化 ・ その他) ・ 不要〕 <small>※ 再認定「要」のときは、重度化・その他 のいずれかにも○ ※ 再認定理由が「その他」のときは、総合所見に理由を記載</small> 再認定年月 <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px;">年</td> <td style="width: 20px;">月</td> </tr> </table>						年	月																						
年	月																												
6. その他の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 勤務先 (所在地・名称・電話番号) 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、脳血管障害、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、豊中市社会福祉審議会から改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

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

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一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)	/μl
CD4 陽性 T リンパ球数(②)	/μl
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)	/μl
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	/ $\mu\ell$	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/ $\mu\ell$)	有 ・ 無
30 日以上続く貧血(<Hb 8g/d ℓ)	有 ・ 無
30 日以上続く血小板減少症(<100,000/ $\mu\ell$)	有 ・ 無
1 ヶ月以上続く発熱	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

