

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	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 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 参考となる経過及び現症（エックス線写真及び検査所見を含みます。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
[軽減化による再認定 要 ・ 不要] [再認定の時期 年 月]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断し、併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 電 話 () 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 ※「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記入してください。		
注 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 総合所見には、今後の症状変動の可能性（重度化・軽減化）や、軽減化による再認定の必要性（必要な場合はその時期）も必ず記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記入内容について問い合わせる場合があります。 4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記入のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記入してください。		

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歳以上用）

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

（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1つを行ってください。

（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）等の検査をいいます。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいいます。

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、次に記入してください。

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います。

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(/ μ l)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	/ μ l	/ μ l
年 月 日	/ μ l	

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2回の検査値を記入し、右欄にはその平均値を記入してください。

4 検査所見、日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/ μ l	/ μ l

検査日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g/dl	g/dl

検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/ μ l	/ μ l

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してください。

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○で囲んでください。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1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日以上の変動の発熱（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
「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（1）のアの（ア）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入してください。

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とします。

(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

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 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 参考となる経過及び現症（エックス線写真及び検査所見を含みます。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
[軽減化による再認定 要 ・ 不要] [再認定の時期 年 月]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断し、併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 電 話 () 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 ※「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記入してください。		
注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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 総合所見には、今後の症状変動の可能性（重度化・軽減化）や、軽減化による再認定の必要性（必要な場合はその時期）も必ず記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記入内容について問い合わせる場合があります。 4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記入のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記入してください。		

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)および(2)の検査により確認してください。

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要です。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、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す。

(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1つを行ってください。

(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)等の検査をいいます。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいいます。

(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
C D 4 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 C D 4 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○で囲んでください。

(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○で囲んでください。

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、次に記入してください。

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います。

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 ($<1,000/\mu$ 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 か月以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、肺炎または敗血症	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	
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入してください。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹（2 か所以上で 0.5 c m 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入してください。