

様式第 19 号（第 9 条関係）

免

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（13 歳未満）用）

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（再認定の項目も記入）		
〔 将来再認定 要（軽度化・重度化）・ 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 1 障害名の欄には，免疫機能障害と記入し，原因となった疾病名の欄には，H I V 感染と記入するとともに，該当する事項を○で囲んでください（「その他」を囲んだ場合は（ ）内に具体的に記入してください。）。 2 障害区分や等級決定のため，改めて状態及び所見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 か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 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

	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
CD 4 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 CD 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（ $<1,000/\mu\text{l}$ ）	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（ $<100,000/\mu\text{l}$ ）	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 ^{くわう}	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 ^{ほうしん}	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 ^は	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 ^{ちよう} （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 ^ひ	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。