

# 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<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  |        |  |
| [将来再認定：要（重度化・軽度化）・不要]<br>[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ます。併せて以下の意見を付します。<br>年 月 日  |        |  |
| 病院又は診療所の名称<br>所 在 地  |        | 電話（ ）                                    |
| 診療担当科名   |        | 科 医師氏名 印                                 |
| 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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する（ 級相当）<br>・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。<br>2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。 |        |  |

## 免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中3枚目）

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| 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（ $<Hb 8g/dl$ ）            | 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ヶ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 |
| 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。 |       |

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中1枚目）

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ヶ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 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 / l |

| 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 |

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中2枚目）

| 検査日                                    | 年 月 日 |
|--|-------|
| 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              | / μ l | 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「身体障害者認定基準」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。

免疫機能障害（13歳未満用）の状況及び所見（全葉4枚中4枚目）

| ウ 軽度の症状                            |       |
|------------------------------------|-------|
| 臨床症状                               | 症状の有無 |
| リンパ筋腫脹(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                                | 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。