

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害用）【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） 免疫機能障害		
② 原因となった 疾病又は外傷名 交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 自然災害・先天性・その他（ ）		
③ 疾病又は外傷の 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（時期 年 月） ・ 不要		
<small>※原則として、障害の程度が軽減すると見込まれる場合にあっては要を、それ以外の場合にあっては不要を○で囲んでください。</small>		
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。		
年 月 日		
病院又は診療所の 所在地及び名称 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		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する。（ 級相当）</li> <li>・該当しない。</li> </ul>		
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 障害の種類ごとに知事が別に定める書類を添付してください。		
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・意見書を添付してください。		
4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。		

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)および(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、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)の検査のうちHIV病原検査又は(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
CD4陽性Tリンパ球数	/ $\mu$ 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「等級等解説」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(i)による程度を○で囲むこと。

### (2) 臨床症状 (既往を含む)

#### 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/ $\mu$ 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	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（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。