

第六号様式（第八条）

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害用 13歳未満）

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<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・不要]<br>(再認定の時期 年 月)  |            |     |
| ⑥ その他参考となる合併症状  |            |     |
| 上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>担当診療科名 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〕<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   |            |     |
| 1 障害名には、現在起っている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、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 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）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」（別様式）を添付してください。                                  |            |     |
| 4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて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)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箇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 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

- 1 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。
- 2 「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)                         | / $\mu$ l |
| CD4陽性Tリンパ球数(②)                    | / $\mu$ l |
| 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)                    | / $\mu$ 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              | / $\mu$ 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 「免疫学的分類」欄では「千葉県身体障害認定基準」第9ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害2の(2)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 「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箇月以上続く発熱                          | 有・無   |
| 反復性又は慢性の下痢                         | 有・無   |
| 生後1箇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箇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箇月以前に発症したトキソプラズマ症               | 有・無   |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| 6箇月以上の小児に2箇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回以上又は二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 |
| HIV腎症                                | 有・無 |
| 臨床症状の数[                      個] …… ① |     |

注 「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箇所以上で0.5cm以上。対称性は1箇所とみなす。)   | 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 「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。