

第5号様式（第5条関係）

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の機能障害用）
 総括表

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
① 障害名（部位を明記してください。）		
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	発生場所
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みます。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
（将来の再認定 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、次のとおり意見を述べます。		
年 月 日		
病院又は診療所の 所在地及び名称		
診療担当科目名	科	医師氏名 ㊞
（自署又は記名押印）		
身体障害者福祉法第15条第3項に規定する意見（障害程度等級についても参考意見を記載してください。）		
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」欄は視力障害、聴覚障害、右上下肢麻痺、心臓機能障害等現在起こっているものを、 ^ま 「原因となった疾病・外傷名」欄は緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾病名又は外傷名を記載してください。		
2 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（別紙）を添えてください。		
3 障害区分又は等級決定のため、高知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。		
4 将来の再認定及び再認定の時期については、更生医療の適用、機能回復訓練等によって障害が軽減する等の変化が予想される場合に記載してください。		

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

(2)については、いずれか一つの検査を行うものとします。

(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 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）等の検査をいいます。

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、次に記載してください。

診断医師名 (所属医療機関名)	()	診断 日時	年 月 日
<u>指標疾患とその診断根拠</u>			

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(/ $\mu\ell$)

検査日	検査値	平均値
年 月 日	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$
年 月 日	/ $\mu\ell$	

注 左の記載欄には4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右の記載欄にはその平均値を記載してください。

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	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$

検査日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g/ $d\ell$	g/ $d\ell$

検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$

検査日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA量	copy/ $m\ell$	copy/ $m\ell$

注 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載してください。

検査所見の該当数 (個) ア

(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ものを○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パーセント以上の体重減少がある。	有・無
月に7日以上の上の不定の発熱（38℃以上）が2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回以上の嘔吐又は30分以上の嘔気が月に7日以上ある。	有・無
口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の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該当数（ 個） イ	

注 1 日常生活活動制限の数の該当数は、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

2 「生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限」とは、生鮮食料品の摂取禁止のほかに生水の摂取禁止、脂質の摂取制限、長期にわたる密な治療、厳密な服薬管理及び人混みの回避をいいます。

(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（/μℓ）	/μℓ
検査所見の該当数（ア）	個
日常生活活動制限の該当数（イ）	個

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

診断時の小児の年齢	1歳未満	15月未満	6歳未満	13歳未満
-----------	------	-------	------	-------

周産期における母親の感染の有無	有・無
-----------------	-----

注 小児の年齢については該当する年齢区分を○で囲み、母親の感染については該当するものを○で囲んでください。

HIV感染確認のため、原則として(1)又は(2)のいずれかの検査を行うものとし、(2)については、いずれか一つの検査を行うものとします。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月未満の小児については、更に(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV病原検査」又は(3)の検査を行うものとします。

(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 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）等の検査をいいます。

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 (ア)	/ $\mu\ell$
CD4陽性Tリンパ球数 (イ)	/ $\mu\ell$
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合 (イ/ア)	%
CD8陽性Tリンパ球数 (ウ)	/ $\mu\ell$
CD4/CD8比 (イ/ウ)	

HIV感染以外が原因である可能性の有無 [有・無] (該当するものを○で囲んでください。)

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	/ $\mu\ell$	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」欄は、次の年齢区分ごとのCD4陽性Tリンパ球数及び全リンパ球数に対する割合に基づく程度を○で囲んでください。

免疫学的分類	小児の年齢		
	1 歳 未 満	1 歳から 6 歳未満	6 歳から 13 歳未満
正 常	$\geq 1,500 / \mu\ell$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000 / \mu\ell$ $\geq 25\%$	$\geq 500 / \mu\ell$ $\geq 25\%$
中 等 度 低 下	750~1,499 / $\mu\ell$ 15~24%	500~999 / $\mu\ell$ 15~24%	200~499 / $\mu\ell$ 15~24%
重 度 低 下	< 750 / $\mu\ell$ < 15%	< 500 / $\mu\ell$ < 15%	< 200 / $\mu\ell$ < 15%

(2) 臨床症状

臨床症状の有無 (既往を含みます。) について該当するものを○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、次に記載してください。

指標疾患及びその診断根拠	

注 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S 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/ μ 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/ μ l)	有・無
1月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無
生後1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月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6月以上の小児に2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
H I V 腎症	有・無
臨床症状の数（ 個）	

注 「臨床症状の数」の数は、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹（2箇所以上で0.5センチメートル以上。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）	

注 「臨床症状の数」の数は、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。