



様式第3号

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害・13歳未満用）

氏名	平成 令和	年	月	日生（ ）歳	男・女
住所					
① 障害名	免疫機能障害				
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, 疾病 先天性, 震災, 震災以外の天災, その他（ ）				
③ 疾病・外傷発生年月日	平成 令和	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（障害の程度を詳細に記入。）					
〔将来再認定 要（軽症化・重症化） ・ 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					
(自筆による署名又は記名押印)					
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〕					
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。					
2 障害区分や等級決定のため、兵庫県社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。					
3 記入に際しては、消すことができる筆記用具（消せるボールペン等）は使用しないでください。					
4 電子媒体での受付はしていません。診断書・意見書及び添付する検査データ等は紙媒体で作成してください。					

## 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)	/ $\mu$ 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])	

(氏名: )

## 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	/ $\mu\text{l}$	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(i)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

指標疾患が見られ、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(<Hb8g/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	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
平滑筋肉種	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（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。