様式第１号（１２）（第２条関係）

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 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 　疾病・外傷名 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 　　　　　 軽度化による将来再認定　　要　・　不要 　　　　　 (再認定の時期 　　　　　年　　 　月後) |
|
|
|
|
|
|
| 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　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢まひ、心臓機能　　　　障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原　　　　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、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分につい　　　　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）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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 検査法 | 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 | ㎎／㎗ |

|  |  |
| --- | --- |
| 検査日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 全リンパ球数（①） | ／㎕ |
| ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数（②） | ／㎕ |
| 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） | ／㎕ |
| 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 | ／㎕ | 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（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。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／㎕） | 有・無 |
| ３０日以上続く貧血（＜Ｈｂ　　８ｇ／㎗） | 有・無 |
| ３０日以上続く血小板減少症（＜１００，０００／㎕）　 | 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 | 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 |
| 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。ウ　軽度の症状

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床症状 | 症状の有無 |
| リンパ節腫（２箇所以上で０．５㎝以上のもの。対称性のものは１箇所とみなす。） | 有・無 |
| 肝腫大 | 有・無 |
| 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。 |