様式第１号（１１）（第２条関係）

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害１３歳以上用）

　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、Ｗｅａｔｅｒｎ　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。  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、次に記載すること。   |  |  | | --- | --- | | 指標疾患とその診断根拠 |  | |  | |   　注４　「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。   |  |  | | --- | --- | | 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（／㎕）   |  |  | | --- | --- | | 検査日 | 検査値 | | 年　　月　　日 | ／㎕ | | 年　　月　　日 | ／㎕ |  |  | | --- | | 平均値 | | ／㎕ |     注５　左欄には、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、  右欄にはその平均値を記載すること。  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 | ／㎕ | ／㎕ |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 検査日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | Ｈｂ量 | ｇ／㎗ | ｇ／㎗ |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 検査日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | 血小板数 | ／㎕ | ／㎕ |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 検査日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | ＨＩＶ－ＲＮＡ量 | copy／ｍℓ | copy／ｍℓ |   　注６　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入するこ  と。   |  | | --- | | 検査所見の該当数　［　　　　　　　　個］・・・・・① | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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方を○で囲むこと。   |  |  | | --- | --- | | 日常生活活動制限の内容 | 左欄の状況  の有無 | | １日に１時間以上の安静床を必要とするほどの強い怠感及び易疲労  が月に７日以上ある。 | 有・無 | | 健常時に比べ１０％以上の体重減少がある。 | 有・無 | | 月に７日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２箇月以上続く。 | 有・無 | | １日に３回以上の泥状又は水様下痢が月に７日以上ある。 | 有・無 | | １日に２回以上の吐又は３０分以上の気が月に７日以上ある。 | 有・無 | | 「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  （１）のアの（ア）のｊに示す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数［　　　　　　　個］・・・・・② | |   　注７　「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。  　注８　「生鮮食品の摂取禁止」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」、「人混みの回避」が同等の制限  に該当するものであること。  （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（　　　／㎕） | ／㎕ | | 検査所見の該当数（①） | 個 | | 日常生活活動制限等の該当数（②） | 個 | |