

(第 11 号様式)

身体障害者診断書・意見書

総括表

(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、 自然災害、戦災、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					
【将来再認定 要（軽減化・重度化）・ 不要 】（再認定時期 年 月）					
⑥ その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 15条指定医師氏名					
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					
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、H I V感染症等を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会から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（H I V）による免疫の機能障害の状況及び所見（13歳未満用）

1 H I V感染確認年月日及びその確認方法

H I V感染を確認した年月日 年 月 日

小児のH I V感染は、原則として（1）及び（2）の検査により確認します。（2）についてはいずれか一つの検査による確認が必要です。ただし、周産期に母親がH I V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、（1）の検査に加えて、（2）のうち「H I V病原検査の結果」又は（3）の検査による確認が必要です。

（1）H I Vの抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 年 月 日	検 査 結 果
判 定 結 果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性

備考 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H I V病原検査の結果

	検 査 法	検 査 年 月 日	検 査 結 果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性
H I V病原検査の結果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性

備考 1 「抗体確認検査」とは、ウエスタンブロット法（Western Blot）、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいいます。

2 「H I V病原検査」とは、H I V抗原検査、ウイルス分離、P C R法等の検査をいいます。

（3）免疫学的検査所見

検 査 年 月 日	年 月 日
I g G	mg／dl

検 査 年 月 日	年 月 日
全リンパ球数（①）	／μl
CD4陽性Tリンパ球数（②）	／μl
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）	／μl
CD4／CD8比（〔②〕／〔③〕）	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検 査 年 月 日	年 月 日	免 疫 学 的 分 類
CD4陽性Tリンパ球数	/μl	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

備考 「免疫学的分類」欄は次の分類に基づき○で囲んでください。

免疫学的分類	児 の 年 齢		
	1 歳 未 満	1 ～ 6 歳 未 満	6 ～ 13 歳 未 満
正 常	$\geq 1,500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$
中 等 度 低 下	750～1,499/ μl 15～24%	500～999/ μl 15～24%	200～499/ μl 15～24%
重 度 低 下	$< 750/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 500/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 200/\mu\text{l}$ $< 15\%$

(2) 臨床症状

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。

指標疾患とその診断根拠

備考 「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」に規定するものをいいます。

イ 中等度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

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 ($< \text{Hb } 8 \text{ g/dl}$)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症 ($< 100,000/\mu\text{l}$)	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 ^{くういん}	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 ^{ほう}	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 ^{ばん}	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫 ^{しゅ}	有 ・ 無
H I V じん症	有 ・ 無
臨床症状の数 [個] …… ①	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

ウ 軽度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫腸 ^{しゅ} （2 箇所以上で 0.5 cm 以上。対称性は 1 箇所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大 ^{しゅ}	有 ・ 無
脾腫大 ^{ひしゅ}	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 ^{くう}	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の数 [個] …… ②	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。