

指定医師が記入してください

様式第6号（第8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	滋賀 太郎	（平成） （ ）	○ 年 △ 月 × 日	（男）・ 女
住 所	滋賀県○○市○○町○○番地			
① 障害名（部位を明記）	免疫機能障害			
② 原因となった 疾病・外傷名	HIV感染	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	平成○年△月×日	場 所	分娩時	
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。）				
母体がHIV感染者であるため、妊娠初期より母子間感染の可能性が指摘 されていた。				
障害固定又は障害確定（推定）平成○年△月×日				
⑤ 総合所見				
CD4陽性Tリンパ球数は500未満である。 肝・脾の腫大を触れる他に、皮膚炎も認める。				
〔 障害程度の改善の見込み 無・（有） 〕 〔 時期：平成○年○月頃 〕 ←				
⑥ その他参考となる合併症状 特になし				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。				
2018 年 7 月 1 日 病院又は診療所の名称 ○○クリニック 所 在 地 滋賀県○○市○○町○○番地 診療担当科名 血液内 科 医師氏名 近江 一郎				
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）（ 2 級相当） ・該当しない				
注 1 障害名には現在起っている障害、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 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」（別様 式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、滋賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合 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 平成〇年△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	ELISA法	〇年△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	Western-blot法	〇年△月×日	陽性・陰性
HIV 病原検査の結果	HIV-RNA	〇年△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	〇 年 △ 月 × 日
全リンパ球数 (①)	3,160 / μ l
CD4 陽性Tリンパ球数 (②)	480 / μ 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])	15.2 %
CD8 陽性Tリンパ球数 (③)	/ μ l
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	480 / μ 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	15.2 %	重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」（平成 15 年 1 月 10 日障発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙第 2 の五の 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
特に記載すべき事項なし

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/ 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 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
平滑筋肉腫	有 ・ ☒ 無
H I V 腎症	有 ・ ☒ 無
臨 床 症 状 の 数 [0 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 [3 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。