

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| 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 |
| HIV腎症                           | 有 ・ 無 |
| 臨床症状の数 [            個]          |       |

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（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）

| 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]                   |       |

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。

|                                                                                                                                     |                      |   |   |    |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---|---|----|-------|
| 氏 名                                                                                                                                 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所                                                                                                                                 |                      |   |   |    |       |
| ① 障害名(部位を明記) 免疫機能障害                                                                                                                 |                      |   |   |    |       |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>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                                                                                                            |                      |   |   |    |       |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)                                                                                                   |                      |   |   |    |       |
| 障害固定又は障害確定(推定) 平成 年 月 日                                                                                                             |                      |   |   |    |       |
| ⑤ 総合所見                                                                                                                              |                      |   |   |    |       |
| <div>〔将来再認定〕</div> <div><input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する<br/>再認定の時期 平成 年 月</div> <div><input type="checkbox"/> 再認定は不要</div> |                      |   |   |    |       |
| 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。                                                                                                             |                      |   |   |    |       |
| 平成 年 月 日                                                                                                                            |                      |   |   |    |       |
| 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印                                                                                                                |                      |   |   |    |       |
| 病院又は診療所の名称                                                                                                                          |                      |   |   |    |       |
| 所 在 地 〒                                                                                                                             |                      |   |   |    |       |
| 電 話 番 号                                                                                                                             |                      |   |   |    |       |
| 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、 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。                                                                                              |                      |   |   |    |       |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、HIV感染等原因となった疾患名を記入してください。                                                                                      |                      |   |   |    |       |
| 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。                                                                                                       |                      |   |   |    |       |
| 3 等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。                                                                                                    |                      |   |   |    |       |

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 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 |       | 平成 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 法 | 検 査 日    | 検査結果    |
|------------|-------|----------|---------|
| 抗体確認検査の結果  |       | 平成 年 月 日 | 陽性 ・ 陰性 |
| HIV病原検査の結果 |       | 平成 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 | 平成 年 月 日 |
|-------|----------|
| IgG   | mg/dl    |

| 検 査 日                             | 平成 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 日                      | 平成 年 月 日  | 免疫学的分類             |
|----------------------------|-----------|--------------------|
| CD 4 陽性Tリンパ球数              | / $\mu$ l | 重度低下 ・ 中等度低下 ・ 正 常 |
| 全リンパ球数に対するCD 4 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10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害「身体障害認定基準」(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

### (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」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

#### イ 中等度の症状 (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)

| 臨 床 症 状                            | 症状の有無 |
|------------------------------------|-------|
| 30日以上続く好中球減少症(<1,000/ $\mu$ l)     | 有 ・ 無 |
| 30日以上続く貧血(<Hb 8 g/dl)              | 有 ・ 無 |
| 30日以上続く血小板減少症(<100,000/ $\mu$ 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 |