

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。

総括表

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳未満用)

氏 名	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 疾病・外傷名								
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								
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)								
年 月 日								
⑤ 総合所見								
[将来再認定] <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>軽快・改善による再認定を要する</td> </tr> <tr> <td></td> <td>再認定の時期 年 月</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>再認定は不要</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/>	軽快・改善による再認定を要する		再認定の時期 年 月	<input type="checkbox"/>	再認定は不要
<input type="checkbox"/>	軽快・改善による再認定を要する							
	再認定の時期 年 月							
<input type="checkbox"/>	再認定は不要							
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 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 (署名または記名押印) 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。								

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(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		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		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	mg/dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数(①)	/ μ l
CD4陽性Tリンパ球数(②)	/ 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])	%
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	/ 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	%	重度低下・中等度低下・正常

注4 「免疫学的分類」欄では「身体障害認定基準」10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

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、1999)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/ 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