|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | 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)

様式第３４号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　氏　名 | 平成令和　　　　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　　　　平成・令和　　　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・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 1. 総合所見

|  |
| --- |
| 〔将来再認定〕 |
| □ | 軽快・改善による再認定を要する |
| 再認定の時期　令和　　年　　月 |
| □ | 再認定は不要 |

 |
| 1. 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。　　　令和　　　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　　平成・令和　　　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・令　　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・令　　年　　月　　日 | 陽性・陰性 |
| HIV病原検査の結果 | 　 | 平・令　　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 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | 　 |
| IgG | mg／dl　 |
| 　 |
| 　 | 検　査　日 | 令和　　　　　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 | 令和　　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 |
| 　　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／μl) | 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／μl) | 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 |
| 　 |