|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | 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 |
|  | | | | | | |