

# 身体障害者診断書・意見書〔免疫機能障害用〕

総括表

(13歳以上用)

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------|
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                          | 生年月日 | 年 月 日                                     |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                           |
| 1 障害名(部位を明記)                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                           |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                |      | 年 月 日・場 所                                 |
| 4 参考となる経過・現症(エックス線および検査所見を含む。)                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                           |
| 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 要 ・ 不要 )<br>( 次期再認定日 年 月 )                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                           |
| 6 その他参考となる合併症状                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                           |
| <p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名 (※)</p> <p>(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。</p>                                                                                                                                       |      |                                           |
| <p>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)</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <p>・該当する( 級相当)</p> <p>・該当しない</p>                                                                                                                                                              |      |                                           |
| <p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺<sup>ひ</sup>、心臓機能障害などを記入し、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<sup>さく</sup>等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>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。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、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わせする場合があります。</p> |      |                                           |

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態および所見(13歳以上)

1 HIV感染の確認日および確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

(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。

(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) 抗体確認検査または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。

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。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

|             |  |
|-------------|--|
| 指標疾患とその診断根拠 |  |
|             |  |

(注)4 「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。

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| 回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活 | 不 能 ・ 可 能 |
|--------------------------|-----------|

3 CD4陽性Tリンパ球数(／ $\mu$ l)

| 検 査 日 | 検 査 値     | 平 均 値     |
|-------|-----------|-----------|
| 年 月 日 | ／ $\mu$ l | ／ $\mu$ l |
| 年 月 日 | ／ $\mu$ l |           |

(注)5 左の表には4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右の表にはその平均値を記載すること。

4 検査所見および日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

| 検査日  | 年 月 日     | 年 月 日     |
|------|-----------|-----------|
| 白血球数 | ／ $\mu$ l | ／ $\mu$ l |

| 検査日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|-----|-------|-------|
| Hb量 | g／dl  | g／dl  |

| 検査日  | 年 月 日     | 年 月 日     |
|------|-----------|-----------|
| 血小板数 | ／ $\mu$ l | ／ $\mu$ l |

| 検査日      | 年 月 日   | 年 月 日   |
|----------|---------|---------|
| HIV－RNA量 | copy／ml | copy／ml |

(注)6 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

|                    |
|--------------------|
| 検査所見の該当数 [ 個] …… ① |
|--------------------|

(2) 日常生活活動制限の状況

次の日常生活活動の有無について、該当するものを○で囲むこと。

| 日 常 生 活 活 動 制 限 の 内 容                      | 左欄の状況の有 無 |
|--------------------------------------------|-----------|
| 1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感および易疲労が月に7日以上ある | 有・無       |
| 健常時に比し10%以上の体重減少がある                        | 有・無       |

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| 月に7日以上 of 不定の発熱 (38℃以上) が2か月以上続く                          | 有・無 |
| 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢のある日が月7日以上ある                             | 有・無 |
| 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気のある日が月に7日以上ある                       | 有・無 |
| 「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある | 有・無 |
| 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である                              | 有・無 |
| 軽作業を超える作業の回避が必要である                                        | 有・無 |
| 日常生活活動制限の数 [ 個] ……… ②                                     |     |

(注)7 日常生活活動制限の数の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

8 生鮮食料品の摂取禁止の他に、生水の摂取禁止、脂質の摂取制限、長期にわたる密な治療、厳密な服薬管理および人混みの回避に関する事項について同等の制限が必要なものであること。

(3) 検査所見および日常生活活動制限の該当数

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| 回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活 | 不 能 ・ 可 能 |
| CD4陽性Tリンパ球数の平均値(／μl)     | ／μl       |
| 検査所見の該当数(①)              | 個         |
| 日常生活活動制限の該当数(②)          | 個         |