身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳未満用)

総括表

氏 名	年 月 日生 男 女
住所	
障害名(部位を明記)	
 原因となった	 外傷・疾病
疾病・外傷名	先天性・その他(
疾病・外傷発生年月日 年 月	日
参考となる経過・現症(画像診断及び検査所	見を含む。)
 	世界では 定又は障害確定(推定) 年 月 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・
総合所見(再認定の項目も記入)	
· ·	炒 或去物宁
	将来再認定 要(軽度化・重度化) · 不要〕 再認定の時期 1年後 · 3年後 · 5年後〕
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	電話 ()
病院又は診療所の名称 所 在 地	電話 () () () () () () () () () (
診療担当科名	科医師氏名
身体障害者福祉法第	1 5 条第 3 項の意見
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる 障害に	障害程度等級についての参考意見
・該当する。	級相当
・該当しない。	

注 障害区分や等級決定のため、八王子市から改めて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	ΗТ	W	感染硝	: 図口	137	KZ(カ森製	力	注
	11 1	v	까지 기도 내	- ﺳィシュ ﻟﺤﺎ	/Y (<i>J</i> ' (\	ノノロチャル	\\ / / /	//\

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)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちいずれか1つの検査による陽性確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の小児については、(1)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちのHIV病原検査が陽性であるか(3)の検査所見による確認のいずれかが必要である。

(1) HIV抗体スクリーニング検査法の結果

検 査 名	検 査 日	検 査 結 果
	年 月 日	陽性際性

注1 「スクリーニング検査法」では、PA法、ELISA法、IC法等のうち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		年 月 日	陽性 陰性
HIV病原検査		年 月 日	陽性 陰性

- 注2 「抗体確認検査」とは、Western blot法、IFA法等の検査をいう。
- 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
ΙgG			mg/dl

検査日	年	月	日
全リンパ球数()			/ μθ
CD4陽性Tリンパ球数()			/ μθ
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の 割合([]/[])			%
CD8陽性Tリンパ球数()			/ μθ
CD4/CD8比([]/[])			

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			/ 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「八王子市身体障害認定基準障害程度等級表解説」第9ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害2の(2)のイによる程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

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。

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、次に記載すること。

指煙疾患	トマσ	診断根拠
	$ \cdot$	ノロンゼハイはした。

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

臨床症状	症状の有無
3 0 日以上続く好中球減少症(< 1 , 0 0 0 / μℓ)	有・無
30日以上続く貧血(<hb 8g="" d&)<="" td=""><td>有・無</td></hb>	有・無
3 0 日以上続く血小板減少症(< 1 0 0 , 0 0 0 / 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

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ロ内炎(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、肺炎又は敗血症	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」を〇で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

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」を〇で囲んだ合計数を記載すること。