

5 診断書様式 (第 10 号様式)

身体障害者診断書・意見書

総括表

( 免疫機能障害 13歳以上用 )

氏名	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日生 ( ) 歳	男・女
住所			
① 障害名 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 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含みます。)			
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 (軽減化・重度化)・不要 】 (再認定時期 年 月)			
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所 在 地			
診療担当科名		科 15条指定医師氏名	
印			
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、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
・該当する ( 級相当)			
・該当しない			
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、H I V感染症等を記入してください。			
2 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会から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（H I V）による免疫の機能障害の状況及び所見（13歳以上用）

1 H I V感染確認年月日及びその確認方法

H I V感染を確認した年月日 年 月 日

(1) H I Vの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査年月日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性・陰性

備考 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）等のうち一つを行ってください。

(2) 抗体確認検査又はH I V病原検査の結果

	検査法	検査年月日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性・陰性
H I V病原検査の結果		年 月 日	陽性・陰性

- 備考
- 1 いずれか一つの検査による確認が必要です。
  - 2 「抗体確認検査」とは、ウエスタンブロット法（Western Blot）、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいいます。
  - 3 「H I V病原検査」とは、H I V抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいいます。

2 エイズ発症の状況

H I Vに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載してください。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

備考 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S診断基準」に規定するものをいいます。

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

備考 左欄には、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、右欄にはその平均値を記載してください。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
白 血 球 数	／ $\mu$ l	／ $\mu$ l

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g／dl	g／dl

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
血小板数	／ $\mu$ l	／ $\mu$ l

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
H I V－RNA量	copy／ml	copy／ml

備考 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してください。

検査所見の該当数 [ 個] …… ①

(2) 日常生活活動制限の状況

次の日常生活活動制限の内容の有無について該当する方を○で囲んでください。

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及び易疲労が月に7日以上ある。	有 ・ 無
健常時に比して10%以上の体重減少がある。	有 ・ 無
月に7日以上の変動の発熱（38℃以上）が2か月以上続く。	有 ・ 無
1日に3回以上の泥状又は水様下痢が月に7日以上ある。	有 ・ 無
1日に2回以上の嘔吐又は30分以上の嘔気が月に7日以上ある。	有 ・ 無
口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の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	

備考 1 「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してください。

2 「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」又は「人混みの回避」が同等の制限に該当します。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

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 ( / μ1)	/ μ1
検査所見の該当数 ( ① )	個
日常生活活動制限の該当数 ( ② )	個

(第 11 号様式)

身体障害者診断書・意見書

総括表

( 免疫機能障害 13歳未満用 )

氏名	平成・令和 年 月 日生 ( ) 歳	男・女
住所		
① 障害名 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、自然災害、戦災、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 (エックス線写真及び検査所見を含みます。)		
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 (軽減化・重度化)・不要】 (再認定時期 年 月)		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。		
年 月 日		
病院又は診療所の名称		
所在地		
診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印		
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、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		
・該当する ( 級相当)		
・該当しない		
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、H I V感染症等を記入してください。		
2 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会から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（H I V）による免疫の機能障害の状況及び所見（13歳未満用）

1 H I V感染確認年月日及びその確認方法

H I V感染を確認した年月日 年 月 日

小児のH I V感染は、原則として（1）及び（2）の検査により確認します。（2）についてはいずれか一つの検査による確認が必要です。ただし、周産期に母親がH I Vに感染していたと考えられる検査時に生後18箇月未満の小児については、（1）の検査に加えて、（2）のうち「H I V病原検査の結果」又は（3）の検査による確認が必要です。

(1) H I Vの抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 年 月 日	検 査 結 果
判 定 結 果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性

備考 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）等のうち一つを行ってください。

(2) 抗体確認検査又はH I V病原検査の結果

	検 査 法	検 査 年 月 日	検 査 結 果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性
H I V病原検査の結果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性

備考 1 「抗体確認検査」とは、ウエスタンブロット法（Western Blot）、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいいます。

2 「H I V病原検査」とは、H I V抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいいます。

(3) 免疫学的検査所見

検 査 年 月 日	年 月 日
I g G	mg / dl

検 査 年 月 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

検査年月日	年 月 日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	/ $\mu$ 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

備考 「免疫学的分類」欄は次の分類に基づき○で囲んでください。

免疫学的分類	児 の 年 齢		
	1 歳 未 満	1～6 歳 未 満	6～13 歳 未 満
正 常	$\geq 1,500/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu$ l $\geq 25\%$
中 等 度 低 下	750～1,499/ $\mu$ l 15～24%	500～999/ $\mu$ l 15～24%	200～499/ $\mu$ l 15～24%
重 度 低 下	<750/ $\mu$ l <15%	<500/ $\mu$ l <15%	<200/ $\mu$ l <15%

(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、次に記載してください。

指標疾患とその診断根拠	

備考 「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」に規定するものをいいます。

イ 中等度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

臨 床 症 状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症 (<1,000/ $\mu$ l)	有・無
30日以上続く貧血 (<Hb 8 g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ $\mu$ l)	有・無
1箇月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無

生後1箇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箇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箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6箇月以上の小児に2箇月以上続く口腔咽頭カンジダ症 <sup>くわいん</sup>	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 <sup>ほう</sup>	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 <sup>ぼん</sup>	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫 <sup>しゅ</sup>	有・無
HIVじん症	有・無
臨床症状の数 [                      個] …… ①	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

ウ 軽度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫腸 <sup>しゅ</sup> （2箇所以上で0.5 cm以上。対称性は1箇所とみなす。）	有・無
肝腫大 <sup>しゅ</sup>	有・無
脾腫大 <sup>ひしゅ</sup>	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 <sup>くわ</sup>	有・無
反復性又は持続性の中耳炎	有・無
臨床症状の数 [                      個] …… ②	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。



