身体障害者診断書・意見書（　免疫機能（１３歳未満）障害用　）

　　　総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　　月　　　日生  （　　 　歳） | | 男・女 |
| 住　所 | | | |
| １　障害名（部位を明記） | | | |
| ２　原因となった　　　　　　　　　　　　交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災・  　　疾病・外傷名　　　　　　　　　　　　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　（時期　　　　　　年　　　月）　・　不要  ※将来障害の程度が改善する見込みがある場合、要に○を付け、それ以外は不要に○を付けてください。 | | | |
| ６　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  　　　　　　　　　　　病院又は診療所の名称  　　　　　　　　　　　所　　　　在　　　地  　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　科　　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 | |  | |
| 注　１　障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。  　２　障害の種類ごとに市長が別に定める書類を添付してください。  ３　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・意見書を添付してください。  ４　障害区分や等級決定のため、高松市社会福祉審議会から改め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態及び所見（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　　　　　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、いずれか一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、(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 |  | | | | 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）等のうち一つを行うこと。  　　(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。  　　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 | | | | | |  |
|  | IgＧ | | | | ㎎／dι | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | |  |
|  | 検　査　日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |  |
|  | 全リンパ球数(①) | | | | ／μι | | | | | |  |
|  | ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数(②) | | | | ／μι | | | | | |  |
|  | 全リンパ球数に対するＣＤ４陽性  Ｔリンパ球数の割合(②①) | | | | ％ | | | | | |  |
|  | ＣＤ８陽性Ｔリンパ球数(③) | | | | ／μι | | | | | |  |
| ＣＤ４／ＣＤ８比(②③) | | | |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |
| ２　障害の状態  　　(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 | | ／μι | | | | 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、「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(２)のイの(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、該当するものを○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は、次に記載すること。 | | | | | | | | | | | |
|  | 特徴的症状とその診断根拠 | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | |  |
| 注５　「特徴的症状」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 | |  |
|  | ３０日以上続く好中球減少症（＜1、000／μι） | | | | | | | | 有 ・ 無 | |  |
|  | ３０日以上続く貧血（＜Ｈｂ　８ｇ／ｄι） | | | | | | | | 有 ・ 無 | |  |
|  | ３０日以上続く血小板減少症（＜100、000／μι） | | | | | | | | 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、肺炎又は敗血症 | | | | | | | | | 有 ・ 無 |  |
|  | ノカルジア症 | | | | | | | | | 有 ・ 無 |  |
|  | 播腫性水痘 | | | | | | | | | 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〕・・・・① | | | | | | | | | |  |
| 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 | | | | | | | | | | | |
|  | 臨　床　症　状 | | | | | | | | | 症状の有無 |  |
|  | リンパ節腫脹（２か所以上で0.5㎝以上。ただし、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〕・・・・② | | | | | | | | | |  |
| 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。 | | | | | | | | | | | |