

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害（13歳以上）用）

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	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 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（軽度化・重度化）・不要] [再認定の時期 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			
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する（ 級相当） ・該当しない 			
注意			
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 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。			
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（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。			
4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。			

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

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歳以上用)

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

(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。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

区 分	検 査 法	検 査 日	検査結果
判 定 結 果		年 月 日	陽性・陰性

注 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

区 分	検 査 法	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1 「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2 「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 「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。

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

回復不能なエイズ合併症のため 介助なしでの日常生活 ①	不 能 ・ 可 能
--------------------------------	-----------

3 CD4陽性Tリンパ球数 (/μℓ)

検 査 日	検 査 値	平 均 値②
年 月 日	/μℓ	/μℓ
年 月 日	/μℓ	

注 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すること。

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 日	年 月 日	年 月 日
白 血 球 数	/μℓ	/μℓ

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	/μℓ	/μℓ

検 査 日	年 月 日	年 月 日
H I V—R N A 量	copy/mℓ	copy/mℓ

注 4週間以上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載すること。

検査所見の該当数 [個]③

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限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程度の強い倦怠感及び易疲労が1月に7日以上ある。	有・無
健常時に比べて10%以上の体重減少がある。	有・無
1月に7日以上 of 不定の発熱（38℃以上）が2月以上続く。	有・無
1日に3回以上の泥状又は水様の下痢が1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1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
軽作業を越える作業の回避が必要である。	有・無
日常生活活動制限の該当数〔 個〕……………④	

注1 「日常生活活動制限の該当数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

注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」及び「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(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	①	不能・可能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値（/μℓ）	②	/μℓ
検査所見の該当数	③	個
日常生活活動制限の該当数	④	個