

(改正後全文)

障発 1 2 2 4 第 3 号

平成 2 1 年 1 2 月 2 4 日

都道府県知事  
各 指定都市市長 殿  
中核市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

### 身体障害者手帳に係る交付手続き及び医師の指定に関する取扱いについて

標記については、身体障害者福祉法（昭和 2 4 年法律第 2 8 3 号。以下「法」という。）及び関係法令等に基づき実施されているところであるが、この実施に当たっての取扱いを下記のとおり定め、平成 2 2 年 4 月 1 日より適用することとしたので、ご了知の上、その取扱いにつき遺憾なきようお願いしたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 2 2 年法律第 6 7 号）第 2 4 5 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

また、「身体障害者福祉法施行細則準則について」（平成 5 年 3 月 3 1 日社援更第 1 1 2 号厚生省社会・援護局長通知）及び「身体障害者福祉法第 1 5 条第 2 項の規定による医師の指定基準について」（平成 1 2 年 3 月 3 1 日障第 2 7 5 号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）は、平成 2 2 年 3 月 3 1 日をもって廃止する。

### 記

#### 第一 身体障害者手帳の交付手続き

##### 1 交付申請

- (1) 身体障害者手帳の交付を受けようとする者は、障害の種別ごとに法第 1 5 条第 1 項に規定する医師の診断書及び同条第 3 項に規定する意見書（以下「診断書・意見書」という。）を添えて、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地。）の都道府県知事（地方自治法第 2 5 2 条の 1 9 第 1 項に規定する指定都市及び同法第 2 5 2 条の 2 2 第 1 項に規定する中核市にあつては、その長とする。以下同じ。）に対して申請する。
- (2) 診断書・意見書は、様式第 1 のとおりとする。

## 2 障害の認定

- (1) 都道府県知事は、申請時に提出された診断書・意見書に疑義又は不明な点がある場合は、必要に応じて、診断書・意見書を作成した医師に対して申請者の障害の状況につき照会するものとする。
- (2) 都道府県知事は、(1)によっても、なお申請者の障害が法別表に掲げるものに該当するか否かについて疑いがあるとき又は身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「規則」という。）別表第5号身体障害者障害程度等級表（以下「等級表」という。）のいずれに該当するか不明なときは、必要に応じて、再検査、追加検査又は別の指定医による診断等を受けるよう指導することができるものとする。
- (3) 都道府県知事は、(1)及び(2)によっても、なお申請者の障害が法別表に掲げるものに該当するか否かについて疑いがあるとき又は等級表のいずれに該当するか不明なときは、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号。以下「令」という。）第5条の規定に準じて、地方社会福祉審議会に諮問するものとする。
- (4) 令第5条及び(3)による審査の結果、申請者の障害が法別表及び等級表に掲げるものに該当しないと認めたときは、法第15条第5項の規定により様式第2の却下決定通知書により通知するものとする。

## 3 居住地等の変更

- (1) 令第9条第2項及び第4項の規定による居住地等の変更の届け出は、様式第3の身体障害者居住地等変更届書によるものとする。
- (2) 令第9条第6項の規定による通知は、様式第4の身体障害者居住地等変更通知書によるものとする。

## 4 再交付申請等

- (1) 規則第7条第1項及び第8条第1項の規定による申請は、様式第5の身体障害者手帳再交付申請書によるものとする。
- (2) 令第12条並びに規則第7条第2項及び第8条第2項の規定による身体障害者手帳の返還は、様式第6の身体障害者返還届によるものとする。

## 5 保健所長への通知

令第8条第2項及び第11条の規定による保健所長への通知は、様式第7の身体障害者交付・記載事項変更通知書によるものとする。

## 6 身体障害者の死亡の通知

令第12条第2項の規定による通知は、様式第8の身体障害者死亡通知書によるものとする。

## 第二 法第15条第1項に基づく医師の指定

### 1 指定手続き等

- (1) 法第15条第1項の規定により都道府県知事が定める医師は、障害の種別ご

とに指定するものとする。また、指定を受けた医師は、指定を受けた障害の種類について診断書・意見書を作成するものとする。

- (2) 令第3条の規定による同意は書面によるものとし、その様式は、様式第9の同意書によるものとする。
- (3) 都道府県知事は、法第15条第1項の規定により医師を指定し、又はその指定を取り消したときは、その旨を告示するものとする。
- (4) 法第15条第1項の規定により指定を受けた医師は、その旨を標示し、見やすい場所に掲示するものとする。

## 2 指定基準等

- (1) 都道府県知事が法第15条第1項に規定する医師を指定する場合には、視覚障害、聴覚若しくは平衡機能障害、音声、言語若しくはそしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、じん臓機能障害、呼吸器機能障害、ぼうこう若しくは直腸機能障害、小腸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害又は肝臓機能障害の医療に係りのある診療科名を標榜している病院又は診療所において診療に従事し、かつ、その診断に関する相当の学識経験を有する医師について行うものとする。

- (2) (1)に掲げる医療に係りのある診療科名は、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の2に規定される診療科とする。参考として、(1)に掲げる医療に係りのある診療科名及び留意点を例示すると、概ね別紙のとおりである。

ただし、平成20年3月31日以前から標榜していた呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、気管食道科等については、看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り、引き続き標榜することが認められていることに留意されたい。

- (3) 法第15条第2項の規定に従い、都道府県知事が医師の指定に当たって地方社会福祉審議会の意見を聴く際には、以下の事項について十分に審査を行い、指定医師の専門性の確保に努めるものとする。

- ア 医籍登録日
- イ 担当しようとする障害分野
- ウ 当該医師の職歴
- エ 当該医師の主たる研究歴と業績
- オ その他必要と認める事項

## 別紙

- (1) 視覚障害の医療に係りのある診療科名  
眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科  
注) 眼科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。
- (2) 聴覚障害の医療に係りのある診療科名  
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科  
注) 耳鼻科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。
- (3) 平衡機能障害の医療に係りのある診療科名  
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科
- (4) 音声、言語機能障害の医療に係りのある診療科名  
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、内科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科
- (5) そしゃく機能障害の医療に係りのある診療科名  
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科
- (6) 肢体不自由の医療に係りのある診療科名  
整形外科、外科、小児外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ科、小児科、リハビリテーション科
- (7) 心臓機能障害の医療に係りのある診療科名  
内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科
- (8) じん臓機能障害の医療に係りのある診療科名  
内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科
- (9) 呼吸器機能障害の医療に係りのある診療科名  
内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科
- (10) ぼうこう又は直腸機能障害の医療に係りのある診療科名  
泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小児科、小児外科、産婦人科（婦人科）
- (11) 小腸機能障害の医療に係りのある診療科名  
内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科
- (12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の医療に係りのある診療科名

内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科

注) エイズ治療拠点病院での従事経験があることが望ましい。

(13) 肝臓機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科、肝臓外科、小児科、小児外科

## 様式第 1

## 身体障害者診断書・意見書（障害用）

## 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・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 ㊞			
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			
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、 心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧 帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 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。 3 障害区分や等級決定のため、地方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。			

視覚障害の状況及び所見

1 視力

	裸眼視力	矯正視力						
右眼		×	D	⊖	cyl	D	Ax	°
左眼		×	D	⊖	cyl	D	Ax	°

2 視野

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価 (I / 4)

① 両眼の視野が中心10度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度 (≧80)
左										度 (≧80)

② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)

(2) 中心視野の評価 (I / 2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									①	度
左									②	度

両眼中心視野角度 (I / 2) (①と②のうち大きい方) × 3 + (①と②のうち小さい方) / 4 =  度

または  
自動視野計

(1) 周辺視野の評価  
両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数  点

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右 ③  点 (≧26dB)

左 ④  点 (≧26dB)

両眼中心視野視認点数 (③と④のうち大きい方) × 3 + (③と④のうち小さい方) / 4 =  点

3 現症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

視野  
コピー  
貼付

(注) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタが I / 4 の視標によるものか、I / 2 の視標によるものかを明確に区別できるように記載すること。



聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃく機能障害の状態及び所見

[はじめに]＜認定要領を参照のこと＞

この診断書においては、以下の4つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、□に✓をいれて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合については、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること（各々の障害の合計指数をもって等級決定することはない）。

- 聴 覚 障 害 →『1「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 平 衡 機 能 障 害 →『2「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 音 声 ・ 言 語 機 能 障 害 →『3「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- そ しゃ く 機 能 障 害 →『4「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障害」の状態及び所見

(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右	dB
左	dB

(4) 聴力検査の結果（ア又はイのいずれかを記載する）

ア 純音による検査

オーディオメータの型式\_\_\_\_\_

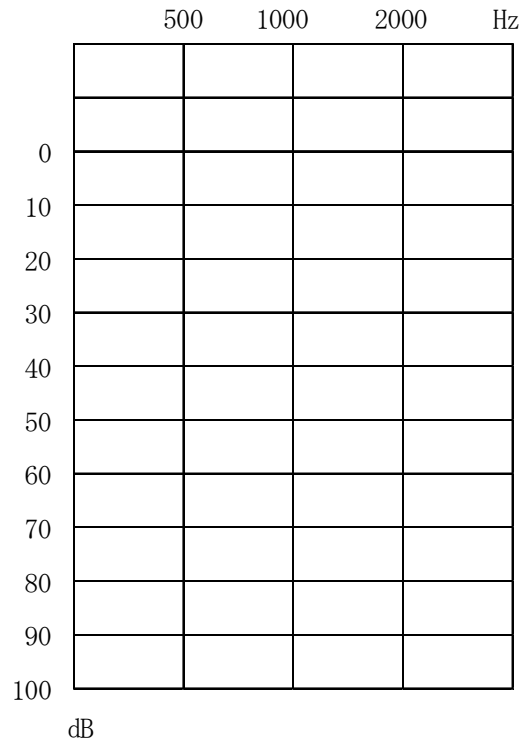
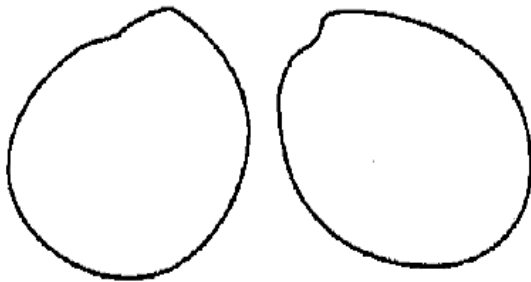
(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態

(右)

(左)



イ 語音による検査

語音明瞭度

右	%
左	%

(5) 身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況

有 ・ 無

(注) 2級と診断する場合、記載すること。

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害の程度及び検査所見

下の「該当する障害」の□に✓を入れ、さらに①又は②の該当する□に✓又は（ ）内に必要事項を記述すること。

- 「該当する障害」
- そしゃく・嚥下機能の障害  
→「① そしゃく・嚥下機能の障害」に記載すること。
  - 咬合異常によるそしゃく機能の障害  
→「② 咬合異常によるそしゃく機能の障害」に記載すること。

① そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

- 経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている。
- 経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している。
- 経口摂取のみで栄養摂取が出来るが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある。
- その他

[ ]

b 参考となる検査所見

ア 各器官の一般的検査

〈参考〉 各器官の観察点

- ・口唇，下顎：運動能力，不随意運動の有無，反射異常ないしは病的反射
- ・舌：形状，運動能力，反射異常
- ・軟口蓋：挙上運動，反射異常
- ・声帯：内外転運動，梨状窩の唾液貯留

○ 所見（上記の枠内の「各器官の観察点」に留意し，異常の部位，内容，程度等を詳細に記載すること。）

[ ]

イ 嚥下状態の観察と検査

〈参考1〉 各器官の観察点

- ・ 口腔内保持の状態
- ・ 口腔から咽頭への送り込みの状態
- ・ 喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
- ・ 食道入口部の開大と流動物 (bolus) の送り込み

〈参考2〉 摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点

- ・ 摂取できる食物の内容 (固形物, 半固形物, 流動食)
- ・ 誤嚥の程度 (毎回, 2回に1回程度, 数回に1回, ほとんど無し)

○ 観察・検査の方法

- エックス線検査 ( )
- 内視鏡検査 ( )
- その他 ( )

○ 所見 (上記の枠内の〈参考1〉と〈参考2〉の観察点から, 嚥下状態について詳細に記載すること。)

[ ]

② 咬合異常によるそしゃく機能の障害

a 障害の程度

- 著しい咬合障害があり, 歯科矯正治療等を必要とする。
- その他

[ ]

b 参考となる検査所見 (咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果)

ア 咬合異常の程度 (そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察する。)

[ ]

イ そしゃく機能 (口唇・口蓋裂では, 上下顎の咬合関係や形態異常等を観察する。)

[ ]

(2) その他 (今後の見込み等)

[ ]

(3) 障害程度の等級

(下の該当する障害程度の等級の項目の□に✓を入れること。)

- ① 「そしゃく機能の喪失」(3級)とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害(仮性球麻痺, 血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの
- 外傷・腫瘍切除等による顎(顎関節を含む), 口腔(舌, 口唇, 口蓋, 頬, そしゃく筋等), 咽頭, 喉頭の欠損等によるもの

- ② 「そしゃく機能の著しい障害」(4級)とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害(仮性球麻痺, 血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの
- 外傷・腫瘍切除等による顎(顎関節を含む), 口腔(舌, 口唇, 口蓋, 頬, そしゃく筋等), 咽頭, 喉頭の欠損等によるもの
- 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

[記入上の注意]

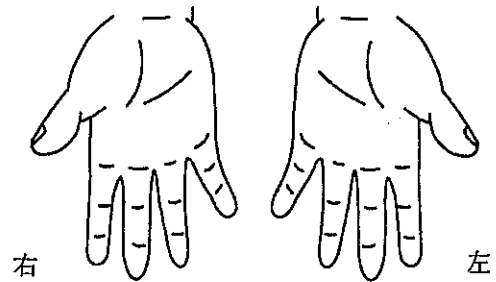
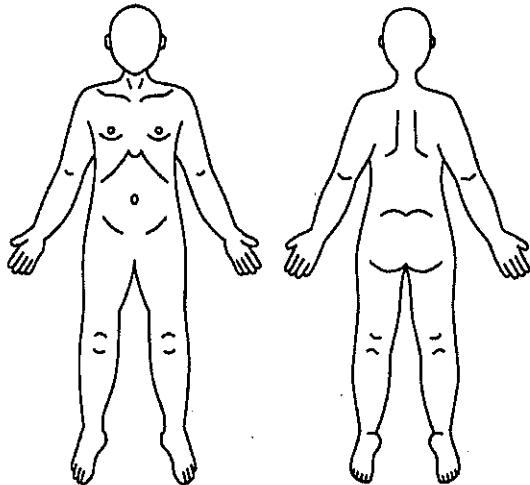
- (1) 聴力障害の認定にあたっては、JIS規格によるオーディオメータで測定すること。  
dB値は、周波数500, 1000, 2000Hzにおいて測定した値をそれぞれ a, b, cとした場合、  
$$\frac{a+2b+c}{4}$$
の算式により算定し、a, b, cのうちいずれか1又は2において100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして当該算式を計上し、聴力レベルを算定すること。
- (2) 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)の提出を求めるものとする。
- (3) 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○でかこみ、下記空欄に追加所見記入。）

1. 感覚障害(下記図示)：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2. 運動障害(下記図示)：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
3. 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
4. 排尿・排便機能障害：なし・あり
5. 形態異常：なし・あり

参考図示



右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

× 変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害

(注) 関係ない部分は記入不要

動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×, ( )の中のものを使う時はそれに○

寝がえりする		シャツを着て脱ぐ	
あしをなげ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
椅子に腰かける		ブラッシで歯をみがく(自助具)	
立つ(手すり, 壁, 杖, 松葉杖, 義肢, 装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動(壁, 杖, 松葉杖, 義肢, 装具, 車椅子)		タオルを絞る	
洋式便器にすわる		背中を洗う	
排泄のあと始末をする		二階まで階段を上って下りる(手すり, 杖, 松葉杖)	
(箸で) 食事をする(スプーン, 自助具)		屋外を移動する(家の周辺程度)(杖, 松葉杖, 車椅子)	
コップで水を飲む		公共の乗物を利用する	

注：身体障害者福祉法の等級は機能障害(impairment)のレベルで認定されますので( )の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

計測法：

上肢長：肩峰 → 橈骨茎状突起

下肢長：上前腸骨棘 → (脛骨) 内果

上腕周径：最大周径

前腕周径：最大周径

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径  
(小児等の場合は別記)

下腿周径：最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) (この表は必要な部分を記入)

筋力テスト( )	関節可動域	筋力テスト( )	関節可動域	筋力テスト( )
筋力テスト( ) ↓	↓	筋力テスト( ) ↓ ↓	↓	筋力テスト( ) ↓
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180		
( )前屈		後屈( )頸( )左屈		右屈( )
( )前屈		後屈( )体幹( )左屈		右屈( )
右 180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180 左		
( )屈曲		伸展( ) ( )伸展		屈曲( )
( )外転		内転( )肩( )内転		外転( )
( )外旋		内旋( ) ( )内旋		外旋( )
( )屈曲		伸展( )肘( )伸展		屈曲( )
( )回外		回内( )前腕( )回内		回外( )
( )掌屈		背屈( )手( )背屈		掌屈( )
( )屈曲		伸展( )母( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )中( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )中( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )環( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )小( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )近位( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )示( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )中( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )環( )伸展		屈曲( )
( )屈曲		伸展( )小( )伸展		屈曲( )
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180		
( )屈曲		伸展( ) ( )伸展		屈曲( )
( )外転		内転( )股( )内転		外転( )
( )外旋		内旋( ) ( )内旋		外旋( )
( )屈曲		伸展( )膝( )伸展		屈曲( )
( )底屈		背屈( )足( )背屈		底屈( )

備考

注:

1. 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
2. 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
3. 関節可動域の図示は、|——|のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線( )を引く。
4. 筋力については、表( )内に×△○印を記入する。  
×印は、筋力が消失または著減(筋力0, 1, 2該当)  
△印は、筋力半減(筋力3該当)

○印は、筋力正常またはやや減(筋力4, 5該当)

5. (PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
6. DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
7. 図中ぬりつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(×)伸展 屈曲(△)

(該当するものを○でかこむこと)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

<紐むすびテスト結果>

1 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

2 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

3 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

4 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

5 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

計 \_\_\_\_\_ 本

イ 一上肢機能障害

<5 動作の能力テスト結果>

a 封筒を鋏で切る時に固定する (・可能 ・不可能)

b さいふからコインを出す (・可能 ・不可能)

c 傘をさす (・可能 ・不可能)

d 健側の爪を切る (・可能 ・不可能)

e 健側のそで口のボタンをとめる (・可能 ・不可能)

2 移動機能障害

<下肢・体幹機能評価結果>

a つたい歩きをする (・可能 ・不可能)

b 支持なしで立位を保持しその後  
10m 歩行する (・可能 ・不可能)

c 椅子から立ち上り10m 歩行し再  
び椅子に坐る \_\_\_\_\_ 秒 (・可能 ・不可能)

d 50cm 幅の範囲内を直線歩行する (・可能 ・不可能)

e 足を開き、しゃがみこんで再び  
立ち上る (・可能 ・不可能)

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア 紐むすびテスト

事務用とじ紐（概ね43cm 規格のもの）を使用する。

① とじ紐を机の上、被験者前方に図の如く置き並べる。

② 被験者は手前の紐から順に紐の両端をつまんで、軽くひとむすびする。

(注) ○ 上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

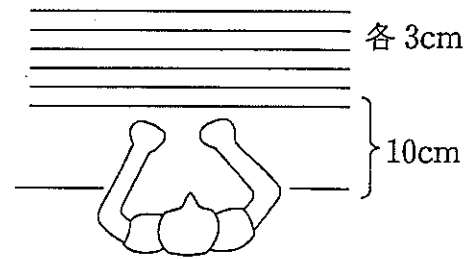
○ 手を机上に浮かしてむすぶこと。

③ むすび目の位置は問わない。

④ 紐が落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。

⑤ 紐は検査担当者が随時補充する。

⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。



イ 5動作の能力テスト

a 封筒を鋏で切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手で鋏を用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上にもせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。鋏はどのようなものを用いてもよい。

b さいふからコインを出す。

さいふを患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手でコインを出す。ジッパーをあけてしめることを含む。

c 傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位のままでよい。肩にかついではいけない。

d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e 健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。



心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳以上用)

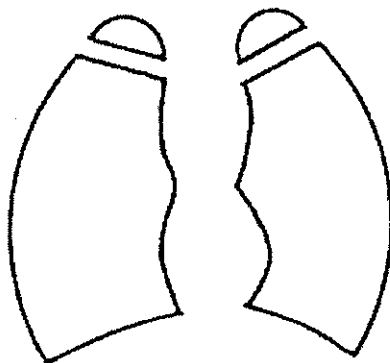
(該当するものを○でかこむこと)

1 臨床所見

- |         |       |            |            |
|---------|-------|------------|------------|
| ア 動悸    | (有・無) | キ 浮腫       | (有・無)      |
| イ 息切れ   | (有・無) | ク 心拍数      |            |
| ウ 呼吸困難  | (有・無) | ケ 脈拍数      |            |
| エ 胸痛    | (有・無) | コ 血圧       | (最大 , 最小 ) |
| オ 血痰    | (有・無) | サ 心音       |            |
| カ チアノーゼ | (有・無) | シ その他の臨床所見 |            |

ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部エックス線所見 ( 年 月 日)



心胸比

3 心電図所見 ( 年 月 日)

- |  |                   |
|--|-------------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞  | (有・無)             |
| イ 心室負荷像  | (有<右室, 左室, 両室>・無) |
| ウ 心房負荷像  | (有<右房, 左房, 両房>・無) |
| エ 脚ブロック  | (有・無)             |
| オ 完全房室ブロック   | (有・無)             |
| カ 不完全房室ブロック  | (有第 度・無)          |
| キ 心房細動(粗動)   | (有・無)             |
| ク 期外収縮   | (有・無)             |
| ケ S T の低下  | (有 mV・無)          |
| コ 第I誘導, 第II誘導及び胸部誘導(但し V <sub>1</sub> を除く)のいずれかのTの逆転 | (有・無)             |

サ 運動負荷心電図におけるSTの

0.1mV以上の低下

(有・無)

シ その他の心電図所見

ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見 (発作年月日記載)

#### 4 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの。

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

5 ペースメーカー

(有・無)

人工弁移植, 弁置換

(有・無)

6 ペースメーカーの適応度 ( クラスⅠ ・ クラスⅡ ・ クラスⅢ )

7 身体活動能力 (運動強度)

(           メッツ)

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満用)

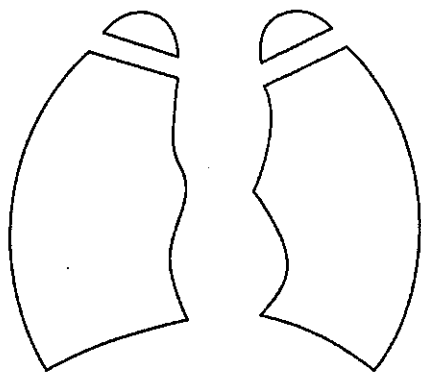
(該当するものを○でかこむこと)

1 臨床所見

- |             |       |         |       |
|-------------|-------|---------|-------|
| ア 著しい発育障害   | (有・無) | オ チアノーゼ | (有・無) |
| イ 心音・心雑音の異常 | (有・無) | カ 肝 腫 大 | (有・無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 | (有・無) | キ 浮 腫   | (有・無) |
| エ 運 動 制 限   | (有・無) |         |       |

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 ( 年 月 日)



心胸比

- |             |       |
|-------------|-------|
| ア 心胸比0.56以上 | (有・無) |
| イ 肺血流量増又は減  | (有・無) |
| ウ 肺静脈うっ血像   | (有・無) |

(2) 心電図所見

- |          |                    |
|----------|--------------------|
| ア 心室負荷像  | [有 (右室, 左室, 両室)・無] |
| イ 心房負荷像  | [有 (右房, 左房, 両房)・無] |
| ウ 病的な不整脈 | [種類 ] (有・無)        |
| エ 心筋障害像  | [所見 ] (有・無)        |

(3) 心エコー図, 冠動脈造影所見 ( 年 月 日)

- |              |       |
|--------------|-------|
| ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 | (有・無) |
| イ 冠動脈瘤又は拡張   | (有・無) |
| ウ その他        |       |

3 養護の区分

- |                 |  |
|-----------------|--|
| (1) 6か月～1年毎の観察  | (4) 継続的要医療                                       |
| (2) 1か月～3か月毎の観察 | (5) 重い心不全, 低酸素血症, アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの |
| (3) 症状に応じて要医療   |  |

じん臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○でかこむこと)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 ( ml/分) 測定不能
- イ 血清クレアチニン濃度 ( mg/dl)
- ウ 血清尿素窒素濃度 ( mg/dl)
- エ 24時間尿量 ( ml/日)
- オ 尿所見 ( )

2 その他参考となる検査所見

(胸部エックス線写真, 眼底所見, 心電図等)

3 臨床症状 (該当する項目が有の場合は, それを裏づける所見を右の [ ] 内に記入すること。)

- ア じん不全に基づく末梢神経症 (有・無) [ ]
- イ じん不全に基づく消化器症状 (有・無) [食思不振, 悪心, 嘔吐, 下痢]
- ウ 水分電解質異常 (有・無) { Na mEq/l, K mEq/l  
Ca mEq/l, P mg/dl  
浮腫, 乏尿, 多尿, 脱水, 肺うっ血,  
その他 ( ) }
- エ じん不全に基づく精神異常 (有・無) [ ]
- オ エックス線写真所見上における骨異常 (有・無) [高度, 中等度, 軽度]
- カ じん性貧血 (有・無) Hb g/dl, Ht %  
赤血球数  $\times 10^4/\text{mm}^3$
- キ 代謝性アシドーシス (有・無) [ $\text{HCO}_3^-$  mEq/l]
- ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧  
mmHg
- ケ じん不全に直接関連するその他の症状 (有・無) [ ]

4 現在までの治療内容

(慢性透析療法の実施の有無 (回数 /週, 期間) 等)

5 日常生活の制限による分類

- ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく, それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの。
- イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが, それ以上の活動は著しく制限されるもの。
- ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。
- エ 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの。

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○でかこむこと)

1 身体計測

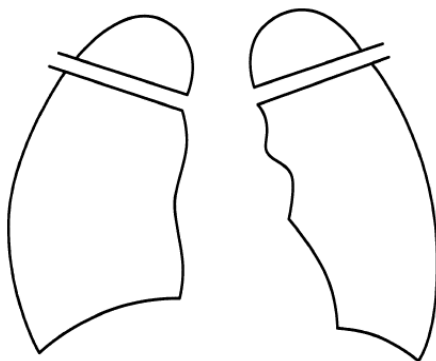
身長 cm 体重 kg

2 活動能力の程度

- ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。
- イ 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。
- ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。
- エ 平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。
- オ 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

3 胸部エックス線写真所見 ( 年 月 日)

- ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)
- イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)
- ウ 線維化 (無・軽度・中等度・高度)
- エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)
- オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度)
- カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)



4 換気機能 ( 年 月 日)

- ア 予測肺活量      □ . □ □ L      (実測肺活量      □ . □ □ L)
- イ 1 秒量      □ . □ □ L      (実測努力肺活量      □ . □ □ L)
- ウ 予測肺活量1秒率 □ □ . □ %  $\left( = \frac{1}{ア} \times 100 \right)$

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)



ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

- 「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- 1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記述すること。
- 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

1. ぼうこう機能障害

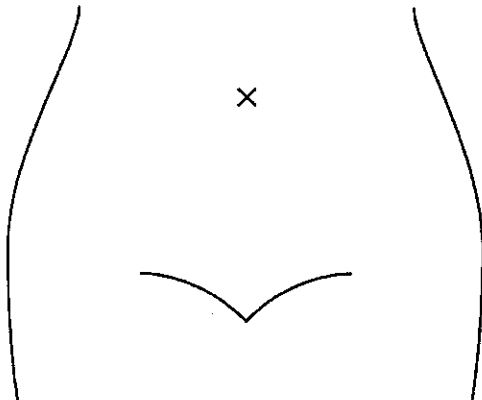
尿路変向（更）のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
- 腎瘻     腎盂瘻
  - 尿管瘻    ぼうこう瘻
  - 回腸（結腸）導管
  - その他 [ \_\_\_\_\_ ]

② 術式： [ \_\_\_\_\_ ]

③ 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ]



（ストマ及びびらんの部位等を図示）

(2) ストマにおける排尿処理の状態

○ 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

有  
（理由）

軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある（部位、大きさについて図示）

ストマの変形

不適切な造設箇所

無

高度の排尿機能障害

(1) 原因

神経障害

先天性： [ \_\_\_\_\_ ]  
（例：二分脊椎 等）

直腸の手術

• 術式： [ \_\_\_\_\_ ]

• 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ]

自然排尿型代用ぼうこう

• 術式： [ \_\_\_\_\_ ]

• 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

カテーテルの常時留置

自己導尿の常時施行

完全尿失禁

その他

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 直腸機能障害

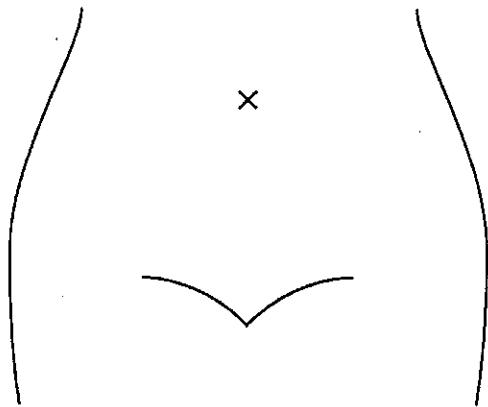
腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類  空腸・回腸ストマ  
 上行・横行結腸ストマ  
 下行・S状結腸ストマ  
 その他 [ \_\_\_\_\_ ]
- ② 術式： [ \_\_\_\_\_ ]
- ③ 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

(2) ストマにおける排便処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について
- 有  
 (理由)
- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位, 大きさについて図示)
- ストマの変形
- 不適切な造設箇所
- 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- ① 放射線障害  
 疾患名： [ \_\_\_\_\_ ]
- ② その他  
 疾患名： [ \_\_\_\_\_ ]

(2) 瘻孔の数： [ \_\_\_\_\_ ] 個

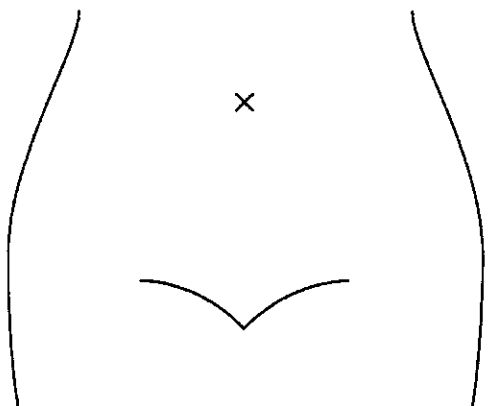
(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

- 大部分  
 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位, 大きさについて図示)
- その他

[ \_\_\_\_\_ ]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)



高度の排便機能障害

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害

[ \_\_\_\_\_ ]

(例：二分脊椎 等)

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日：[ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

小腸肛門吻合術

手術日：[ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[ \_\_\_\_\_ ]

3. 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの

腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの

尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの

腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの

尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの

治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの

治癒困難な腸瘻があるもの

高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

小腸の機能障害の状況及び所見

身長	cm	体重	kg	体重減少率	%
				(観察期間)	

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見：	○ 切除小腸の部位	・長さ	cm
	○ 残存小腸の部位	・長さ	cm

＜手術施行医療機関名 (できれば手術記録の写を添付する)＞

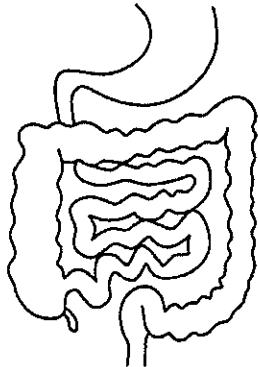
(2) 小腸造影所見 ((1)が不明のとき)-(小腸造影の写を添付する)  
 推定残存小腸の長さ, その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位, 範囲, その他の参考となる所見

(注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位

病変部位

3 栄養維持の方法 (該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法：

- ・ 開始 日 年 月 日
- ・ カテーテル留置部位 \_\_\_\_\_
- ・ 装具の種類 \_\_\_\_\_

- ・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・ 療法の連続性 (持 続 的・間 歇 的)
- ・ 熱 量 (1日当たり Kcal)

② 経腸栄養法:

- ・ 開 始 日 年 月 日
- ・ カテーテル留置部位 \_\_\_\_\_
- ・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・ 療法の連続性 (持 続 的・間 歇 的)
- ・ 熱 量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取:

- ・ 摂取の状態 (普通食, 軟食, 流動食, 低残渣食)
- ・ 摂取量 (普通量, 中等量, 少量)

4 便の性状: (下痢, 軟便, 正常), 排便回数 (1日 回)

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

赤 血 球 数	/mm <sup>3</sup> , 血 色 素 量	g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	g/dl, 血 清 ア ル ブ ミ ン 濃 度	g/dl
血 清 総 コ レ ス テ ロ ール 濃 度	mg/dl, 中 性 脂 肪	mg/dl
血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度	mEq/l, 血 清 カ リ ウ ム 濃 度	mEq/l
血 清 ク ロ ー ル 濃 度	mEq/l, 血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度	mEq/l
血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度	mEq/l	

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。

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。

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 (/μl)

検査日	検査値	平均値
年 月 日	/μl	/μl
年 月 日	/μl	

注5 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, 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
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

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○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及び易疲労が月に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が月に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。

注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」、「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	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

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)および(2)の検査により確認される。

(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。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、さらに以下の(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	mg/dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数 (①)	/ $\mu$ l
CD4 陽性 T リンパ球数 (②)	/ $\mu$ 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)	/ $\mu$ l
CD4/CD8比 ([②]/[③])	

## 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	/ $\mu$ 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

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は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

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
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 8g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ $\mu$ l)	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，肺炎または敗血症	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] …… 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0.5cm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] …… 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。

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	年	月 日	年	月 日
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・I・II III・IV・V		なし・I・II III・IV・V	
腹水	なし・軽度 中程度以上 概ね 0		なし・軽度 中程度以上 概ね 0	
血清アルブミン値	g/dℓ		g/dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	
合計点数	点		点	
(○で囲む)	5~6点・7~9点・10点以上		5~6点・7~9点・10点以上	
肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上における2点以上の有無	有・無		有・無	

注1 90日以上180日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (I・II)	昏睡 (III以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○・×	○・×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○・×	○・×

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有・無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有・無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上		有 ・ 無
検査日	年 月 日		
補完的な肝機能診断	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
	症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往	
確定診断日		年 月 日	
特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ 無	
確定診断日			年 月 日
胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ 無	
確定診断日			年 月 日
現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		有 ・ 無	
最終確認日	年 月 日		
日常生活活動の制限	1日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感が月7日以上ある		有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ 無
該当個数			個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無			有 ・ 無

却下決定通知書

殿

都道府県知事 印  
指定都市市長 印  
中核市市長 印

年 月 日に申請された身体障害者福祉法による身体障害者手帳交付については、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記  
(却下の理由)

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に都道府県知事・市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、都道府県・市を被告として（訴訟において都道府県・市を代表する者は都道府県知事・市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

様式第3

身体障害者居住地等変更届書

私は、 年 月 日下記のとおり〔居住地氏名〕を変更したので届けます。

年 月 日

氏名  
個人番号

都道府県知事  
指定都市市長 殿  
中核市市長

記

- 1 新居住地  
旧居住地
- 2 新氏名 ( )  
旧氏名 ( )
- 3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

手帳番号	交付年月日	障害名	等級	児童との続柄
	年 月 日		種 級	

年 月 日身体障害者手帳記載済

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

文 書 番 号  
年 月 日

都道府県知事  
指定都市市長 殿  
中核市市長

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

上記のとおり身体障害者〔居住地氏名〕変更届があったので通知します。

備考 児童の場合は、2の( )内に児童の氏名及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。不要の文字は抹消すること。

身体障害者居住地等変更通知書

都道府県知事  
〔 福祉事務所長 〕 殿  
〔 町 村 長 〕

都道府県知事 印  
指定都市市長 印  
中核市市長 印

下記の者は、 年 月 日をもって転入し 〔 居住地 氏 名 〕 の変更届があったので

受理し、変更処理したので通知します。

なお、更生指導の経過等に関する資料を福祉事務所長・町村長あて送付願います。

記

(旧) 居住地

(旧) 氏 名

生年月日

手帳番号		交付年月日	
障害名		変更後の 居住地 氏 名	

身体障害者手帳交付台帳抹消済 年 月 日  
管轄福祉事務所連絡済 年 月 日  
更生指導の経過等に関する資料送付済 年 月 日

様式第5

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

住 所

氏 名

続 柄

年 月 日 生

個人番号

15歳未満の

児童の氏名

年 月 日 生

個人番号

都道府県知事  
指定都市市長 殿  
中核市市長

私は、次のとおり 

紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでしたので
障害程度が変更しましたので

 関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号

( 年 月 日交付)

- 備考 1 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を  内に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 不要の文字は抹消すること。

様式第6

身体障害者手帳返還届

年 月 日

住 所  
氏 名

下記の者 のため身体障害者手帳を返還します。

福祉事務所長 殿  
町 村 長

記

返還者 住 所  
氏 名  
個人番号

身体障害者手帳番号  
同条交付年月日 年 月 日  
障 害 名

文 書 番 号  
年 月 日

都道府県知事  
指定都市市長 殿  
中核市市長

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。



文 書 番 号  
年 月 日

身体障害者手帳〔 交 付  
記載事項変更 〕通知書

保健所長 殿

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

下記のとおり身体障害者手帳〔 を 交 付  
の記載事項が変更 〕されたので、身体障害者福祉法

施行令第〔 第8条第2項  
第 1 1 条 〕の規定により通知します。

記

児童氏名 現 年 月 日生  
旧

居住地 現  
旧

保護者氏名 現 年 月 日生 続柄  
旧

居住地 現  
旧

身体障害者手帳交付年月日 年 月 日  
(変更届受理年月日)

身体障害者手帳番号

障害名及び等級 種 級

身体障害者死亡通知書

都道府県知事  
指定都市市長 殿  
中核市市長

福祉事務所長  
町 村 長  
印  
印

下記の者について、 年 月 日をもってその死亡が確認されたので通知する。

記

氏 名

居 住 地

生年月日 年 月 日

手帳番号		交付年月日	
障 害 名		死亡年月日	

(注) 当該身体障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

様式第9

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地 名	
担 当 科 目	
<p>法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関開設者 氏 名 ㊟ 医 師 氏 名 ㊟</p>	