

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害用)

(第9条関係)

氏名		生年月日	年 月 日 ()歳	性別	男・女																
住所				TEL																	
①障害名(部位を明記)																					
<small>注意 1</small> 障害名には以下の()内の具体的な障害名(部位を明記)を記載してください。 例)視覚障害(両眼失明・視野狭窄・視野欠損等)、聴覚障害(両耳全ろう・語音明瞭度著障等)、平衡機能障害(中枢性平衡失調等)、音声機能障害(喉頭摘出・発声筋麻痺等)、言語機能障害(ろうあ・聴あ等)、上肢機能障害(右肩関節機能全廃・左手指欠損等)、下肢機能障害(右足部欠損・左膝関節著障等)、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害(上肢・移動)、内部障害(心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等)を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」																					
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 疾病、先天性、その他()																		
<small>注意 2</small> 疾病・外傷名には、視覚障害(緑内障等)、聴覚・平衡機能障害(先天性難聴・メニエール病等)、音声・言語・そしゃく機能障害(咽頭腫瘍・脳血管疾患等)、肢体不自由(脳血管疾患・脳性麻痺・関節リウマチ等)、内部障害(心室中隔欠損・慢性腎炎・肺気腫・膀胱腫瘍・直腸腫瘍・特発性仮性腸閉塞症等)の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」																					
③疾病・外傷発生日	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)(再認定の時期 年 月 日)・不要】																					
⑥その他参考となる合併症状																					
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載すること] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に																					
内訳(肢体・脳原性要記載)																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="width:25%;">右</td> <td style="width:25%;">左</td> <td style="width:25%;">両</td> </tr> <tr> <td>上肢</td> <td style="text-align: center;">級</td> <td style="text-align: center;">級</td> <td style="text-align: center;">級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td style="text-align: center;">級</td> <td style="text-align: center;">級</td> <td style="text-align: center;">級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td style="text-align: center;">級</td> <td style="text-align: center;">級 <small>脳原 上肢</small></td> <td style="text-align: center;">級 <small>脳原 移動</small></td> </tr> </table>							右	左	両	上肢	級	級	級	下肢	級	級	級	体幹	級	級 <small>脳原 上肢</small>	級 <small>脳原 移動</small>
	右	左	両																		
上肢	級	級	級																		
下肢	級	級	級																		
体幹	級	級 <small>脳原 上肢</small>	級 <small>脳原 移動</small>																		
・該当する (級相当) ・該当しない																					
上記のとおり診断する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 診療担当科名 _____ 科 医師氏名 _____																					
<small>注意 3.</small> 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」(第6号様式(15))を添付してください。 4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等につい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)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)	/μl
CD4陽性Tリンパ球数(②)	/μl
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)	/μl
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	/μl	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4 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/ μ 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/ μ 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
耳下線炎	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。