

満 60 歳～64 歳の者の心臓・腎臓・呼吸器の機能の障害の程度
(身体障害者手帳1級同等程度以上)にかかる意見書

被接種者氏名	昭和____年____月____日生 (男・女)
住民登録住所	連絡先 Tel_____

障害名 1. 心臓機能障害 2. じん臓機能障害 3. 呼吸器機能障害
4. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害

原因となった疾病・外傷 _____

障害固定又は障害確定(推定) _____ 年 月 日

障害の程度 (1 級相当であることが分かるように、該当する□をチェック)

1. 心臓機能障害

- 該当する
項目に○

{

☐ 障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限され、以下①②いずれかに該当

☐ ①次のいずれか2項目以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの
 - a) 胸部エックス線所見で心胸比 0.60 以上のもの
 - b) 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - c) 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - d) 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - e) 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - f) 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
 - g) 心電図で ST の低下が 0.2mV 以上の所見があるもの
 - h) 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導(ただし V1 を除く。)のいずれかの T が逆転した所見があるもの

☐ ② ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの
2. じん臓機能障害
- ☐ 障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限され、以下に該当

☐ 腎臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml/分未満、又は血清クレアチン濃度が 8.0mg/dl 以上であって、
かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの
3. 呼吸器機能障害
- ☐ 障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限され、以下に該当

☐ 予測肺活量1秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が 20 以下のもの

又は動脈血O₂分圧が 50Torr 以下のもの。

※予測肺活量1秒率とは、1秒量(最大呼気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長 of 組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

4. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

☐ 障害により日常生活がほとんど不可能であり、ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、以下の①②いずれかに該当

☐ ① CD4陽性 Tリンパ球数が 200/ μ l 以下で、次の項目(a~l)のうち6項目以上が認められるもの。

該当する
項目に○

- a) 白血球数について 3,000/ μ l 未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- b) Hb 量について男性 12g/dl 未満、女性 11g/dl 未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- c) 血小板数について 10 万/ μ l 未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- d) ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について 5,000 コピー/ml 以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- e) 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が月に7日以上ある。
- f) 健常時に比し 10%以上の体重減少がある
- g) 月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く
- h) 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
- i) 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
- j) 口腔内カンジダ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、带状疱疹、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
- k) 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
- l) 軽作業を越える作業の回避が必要である

☐ ② 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

診断医の意見

以上により、被接種者は、心臓・腎臓・呼吸器の機能の障害の程度は、身体障害者手帳1級と同程度に該当します。

令和____年____月____日

医療機関名 _____ 医師氏名 _____

医療機関住所 _____ Tel _____