

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害用）  
13歳未満

氏名	平成 令和	年	月	日生	男	女
住所						
① 障害名（部位を明記）	免疫機能障害					
② 原因となった 疾病・外傷名	交通, 労災, その他の事故, 疾病, 先天性, 震災, 天災, 震災, 戦傷, 不明, その他 ( )					
③ 疾病・外傷発生日	平成 令和	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） 平成 年 月 日 令和						
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。						
令和 年 月 日 〒 病院又は診療所の名称 TEL 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						
注意 1 障害名には現在起っている障害，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 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，神戸市市民福祉調査委員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)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(i)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ヵ所以上で0.5cm以上、対称性は1ヵ所とみなす。）	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。