

身体障害者診断書・意見書（ 免疫機能 障害用）

総括表

氏 名	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生（ ）歳	男・女
住 所 川崎市			
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、 自然災害、戦災、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 年後）			
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			
所在地			
診療担当科名		科 第 15 条指定医師氏名	
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、現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、右上下肢機能障害、等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、脳卒中等原因となった疾患名を記入してください。			
2 等級は、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会の審査により決定されます。			
3 障害区分や等級決定のため、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。			
4 医師氏名、訂正箇所は自署（フルネーム）又は押印をお願いいたします。			

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能障害の状況及び所見（13歳以上用）

1 HIV 感染確認年月日及びその確認方法

HIV 感染を確認した年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

(1) HIV の抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 年 月 日	検 査 結 果
判 定 結 果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性

備考 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つを行ってください。

(2) 抗体確認検査又は HIV 病原検査の結果

	検 査 名	検 査 年 月 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

- 備考
- 1 いずれか1つの検査による確認が必要です。
 - 2 「抗体確認検査」とは、ウエスタンブロット法（Western Blot）、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいいます。
 - 3 「HIV 病原検査」とは、HIV 抗原検査、ウイルス分離、PCR 法等の検査をいいます。

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、次に記載してください。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

備考 「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）

検査年月日	検査値	平均値
年 月 日	/μl	/μl
年 月 日	/μl	

備考 左欄には、4週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してください。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査年月日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/μl	/μl

検査年月日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g/dl	g/dl

検査年月日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/μl	/μl

検査年月日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA量	copy/ml	copy/ml

備考 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してください。

検査所見の該当数 [個] …………… ①

(2) 日常生活活動制限の状況

次の日常生活活動制限の内容の有無について該当する方を○で囲んでください。

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
健常時に比して10%以上の体重減少がある	有・無
月に7日以上の変動の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	有・無
1日に3回以上の泥状又は水様下痢が月に7日以上ある	有・無
1日に2回以上の嘔吐又は30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
口腔内カンジダ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、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	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	

- 備考 1 「日常生活活動制限の数」欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。
- 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」又は「人混みの回避」が同等の制限に該当します。

(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(/ μ l)	/ μ l
検査所見の該当数(①)	個
日常生活活動制限の該当数(②)	個

