

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 歳未満用)

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

小児の HIV 感染は、原則として次の(1)及び(2)の検査により確認されます。

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要です。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す。

(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 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 「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) 等の検査をいう。

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。

(3) 免疫学的検査所見

検 査 年 月 日	年 月 日
IgG	mg/dl

検 査 年 月 日	年 月 日
全リンパ球数 (①)	/ μ l
CD4 陽性 T リンパ球数 (②)	/ μ 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)	/ μ l
CD4/CD8 比 ([②] / [③])	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検査年月日	年月日	免疫学的分類
CD4 陽性 T リンパ球数	/ μ 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

備考 「免疫学的分類」欄は次の分類に基づき○で囲むこと。

免疫学的分類	児の年齢		
	1歳未満	1～6歳未満	6～13歳未満
正常	$\geq 1,500/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu$ l $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu$ l $\geq 25\%$
中等度低下	750～1499/ μ l 15～24%	500～999/ μ l 15～24%	200～499/ μ l 15～24%
重度低下	<750/ μ l <15%	<500/ μ l <15%	<200/ μ l <15%

(2) 臨床症状

次の臨床症状の有無（既往を含む）について該当する方を○で囲んでください。

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/AIDS 診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）に規定されているものをいいます。

