

身体障害者診断書・意見書（免疫機能(13歳以上)障害用）

総括表

|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 氏 名                                                                                         | 年 月 日生( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 男 女                                       |
| 住 所                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| ① 障害名(部位を明記)                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>自然災害、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（軽度化・重度化） ・ 不要 〕<br>〔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。                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| 年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所 在 地<br>診療担当科名 科 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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する( 級相当)<br>・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、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、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等<br>原因となった疾患名を記入してください。<br>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。<br>3 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<br>(様式第2号 別紙2(その2)) を添付してください。<br>4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分について<br>お問合せをする場合があります |                                           |

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当するものを○で囲むこと。

|                                                               |          |
|---------------------------------------------------------------|----------|
| 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程度の強い倦怠感及び易疲労が1月に7日以上ある。                  | 有・無      |
| 健常時に比べて10%以上の体重減少がある。                                         | 有・無      |
| 1月に7日以上の上の発熱（38℃以上）が2月以上続く。                                   | 有・無      |
| 1日に3回以上の泥状又は水様の下痢が1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1月に7日以上ある。                               | 有・無      |
| 「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（1）のアの（ア）の j に示す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      |
| 軽作業を越える作業の回避が必要である。                                           | 有・無      |
| 日常生活活動制限の該当数〔 個〕……………④                                        |          |

注 1 「日常生活活動制限の該当数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

注 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」及び「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(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 | ① | 不能 ・ 可能 |
| C D 4 陽性Tリンパ球数の平均値（/μℓ）  | ② | /μℓ     |
| 検査所見の該当数                 | ③ | 個       |
| 日常生活活動制限の該当数             | ④ | 個       |

別紙 1 1

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歳以上用）

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

（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。

（1）HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

| 区 分     | 検 査 法 | 検 査 日 | 検査結果  |
|---------|-------|-------|-------|
| 判 定 結 果 |       | 年 月 日 | 陽性・陰性 |

注 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

| 区 分        | 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1 「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2 「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。

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、次に記載すること。

| 指標疾患とその診断根拠 |
|-------------|
|             |

注 「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<br>介助なしでの日常生活 ① | 不 能 ・ 可 能 |
|--------------------------------|-----------|

3 CD4陽性Tリンパ球数（/μℓ）

| 検 査 日 | 検 査 値 | 平 均 値② |
|-------|-------|--------|
| 年 月 日 | /μℓ   | /μℓ    |
| 年 月 日 | /μℓ   |        |

注 左欄には、4週間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すること。

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 日   | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 白 血 球 数 | /μℓ   | /μℓ   |

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 検 査 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| Hb 量  | g/dℓ  | g/dℓ  |

|         |       |       |
|---------|-------|-------|
| 検 査 日   | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 血 小 板 数 | /μℓ   | /μℓ   |

|           |         |         |
|-----------|---------|---------|
| 検 査 日     | 年 月 日   | 年 月 日   |
| HIV-RNA 量 | copy/ml | copy/ml |

注 4週間以上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載すること。

|                    |
|--------------------|
| 検査所見の該当数〔 個〕……………③ |
|--------------------|