

指定医師が記入してください

様式第6号（第8条関係）

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害13歳以上用）

総括表

| | | | |
|---|----------------------|--|-----|
| 氏名 | 大正 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 男・女 |
| 住所 | | | |
| 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、戦傷戦災、 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（エックス線写真および検査所見を含む。） | | | |
| 障害固定または障害確定（推定） 年 月 日 | | | |
| ⑤ 総合所見 | | | |
| [障害程度の改善の見込み 無・有] [時期： 年 月頃] ← | | | |
| 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 病院または診療所の名称 所 在 地 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〕 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 1 障害名には現在起っている障害、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、滋賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせ せる場合があります。 | | | |

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1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

| | 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。

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4 「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 日 | 検 査 値 | 平均値 |
|-------|-------|-----|
| 年 月 日 | /μl | /μl |
| 年 月 日 | /μl | |

注5 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、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 |
|-----------------|---------|---------|
| H I V - R N A 量 | copy/ml | copy/ml |

注6 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すること。

| |
|------------------|
| 検査所見の該当数 [個]……① |
|------------------|

(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方を○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10%以上の体重減少がある | 有 ・ 無 |
| 月に7日以上 of 不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く | 有 ・ 無 |
| 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある | 有 ・ 無 |
| 1日に2回以上の嘔吐あるいは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 | |

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

注8 「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」、「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 | 不 能 ・ 可 能 |
| CD4陽性Tリンパ球数の平均値（/μl） | /μl |
| 検査所見の該当数（①） | 個 |
| 日常生活活動制限の該当数（②） | 個 |