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 |  | 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　　　　　　　　　　　　　　交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、疾病・外傷名　　　　　　　　　　　　　　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〕　〔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　　　　　　　　　　　病院又は診療所の名称　　　　　　　　　　　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、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、僧帽弁膜狭窄窄等原因となった疾患名を記入してください。　　　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。　　　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（様式第２号　別紙２（その２））を添付してください。　　　４　障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。 |

1/4

申請者氏名

医師氏名

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。 |

2/4

申請者氏名

医師氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| ３　ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数（/μ ℓ） |
|  | 検　　　査　　　日 | 検　　　査　　　値 |  | 平　　均　　値② |  |
|  | 年　　月　　日　 | /μ ℓ |  | /μ ℓ |
|  | 年　　月　　日　 | /μ ℓ |  |  |
| 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　検査所見及び日常的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 | /μ ℓ | /μ ℓ |  |
|  |
|  | 検　　 　査　　 　日 | 年　　月　　日　 | 年　　月　　日　 |  |
|  | Ｈb　　　　　　　 量 | ｇ/d ℓ | ｇ/d ℓ |  |
|  |
|  | 検　　 　査　　 　日 | 年　　月　　日　 | 年　　月　　日　 |  |
|  | 血　　小　　板　　数 | /μ ℓ | /μ ℓ |  |
|  |
|  | 検　　 　査　　 　日 | 年　　月　　日　 | 年　　月　　日　 |  |
|  | ＨＩＶ―ＲＮＡ　　量 | copy/m ℓ | copy/m ℓ |  |
| 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 |  |

申請者氏名

3/4

医師氏名

|  |
| --- |
| 　(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〇で囲むこと。 |
|  | 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日以上の不定の発熱（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」を〇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 |  |
|  | ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の平均値（/μ ℓ） | ② | /μ ℓ |  |
|  | 検査所見の該当数 | ③ | 個　 |  |
|  | 日常生活活動制限の該当数 | ④ | 個　 |  |
|  |

4/4