

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

1 月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後 1 月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有 ・ 無
生後 1 月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有 ・ 無
生後 1 月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無
6 月以上の小児に 2 月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有 ・ 無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1 年以内に 2 回以上）	有 ・ 無
2 回以上又は 2 つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
H I V 腎症	有 ・ 無
臨床症状の該当数〔 個〕……………①	

注 「臨床症状の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹〔0.5cm以上の腫脹が2か所以上あること。ただし、対称性は1か所とみなす。〕	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の該当数〔 個〕……………②	

注 「臨床症状の該当数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害（13歳未満）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 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		
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する（ 級相当） ・該当しない 		
<p>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、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

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歳未満用）

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

小児のHIV感染は、原則として以下の(1)及び(2)の検査により確認される。

(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。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月未満の小児については、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。

(3) 免疫学的検査所見

検 査 日	年 月 日
IgG	mg/dℓ

申請者氏名 _____

医師氏名 _____

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

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検査日 _____ 年 月 日

区 分	検 査 値	免 疫 学 的 分 類
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ	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

注 「免疫学的分類」欄では、「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(2)のイの(イ)による程度に該当するものを○で囲むこと。

(2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無(既往を含む。)について該当するものを○で囲むこと。

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。

イ 中等度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症 (<1,000/μℓ)	有・無
30日以上続く貧血 (<Hb8g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症 (<100,000/μℓ)	有・無