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 |  |
|  | ＨＩＶ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〔〕 | 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。 |

4/4

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　　　　　　　　　　　　　　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 | ㎎/㎗ |  |

2/4

申請者氏名

医師氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 検　　　　　査　　　　　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)　免疫学的分類検査日　　　　　年　　月　　日　　 |
|  | 区　　　　　　　　分 | 検　査　値 | 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 |  |
| 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/μ ℓ） | 有 ・ 無 |  |
|  | 30日以上続く貧血（＜Ｈb８ｇ/*ｄι*　） | 有 ・ 無 |  |
|  | 30日以上続く血小板減少症（＜100,000/μ ℓ） | 有 ・ 無 |  |

3/4