

身体障害者診断書・意見書

総括表

(免疫機能障害 13歳以上用)

氏 名	年 月 日生 () 歳	男 ・ 女
住 所		
① 障害名 免 疫 機 能 障 害		
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みます。)		
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 (軽減化・重度化) ・ 不要 】 (再認定時期 年 月)		
⑥ その他参考となる合併症状		
<p>上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>電 話 番 号</p> <p>診療担当科名 科 15条指定医師氏名</p>		
<p>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】</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当する (級相当) ・該当しない 		
<p>備考 1 「②原因となった疾病・外傷名」には、H I V感染症等を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、相模原市社会福祉審議会審査部会からお問合せする場合があります。</p>		

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能障害の状況及び所見（13歳以上用）

1 HIV感染確認年月日及びその確認方法

HIV感染を確認した年月日 年 月 日

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査年月日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性・陰性

備考 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）等のうち一つを行ってください。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査法	検査年月日	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

- 備考 1 いずれか一つの検査による確認が必要です。
 2 「抗体確認検査」とは、ウエスタンブロット法（Western Blot）、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいいます。
 3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいいます。

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、次に記載してください。

指標疾患とその診断根拠

備考 「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」に規定するものをいいます。

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
------------------------------	-----------

(2) 日常生活活動制限の状況

次の日常生活活動制限の内容の有無について該当する方を○で囲んでください。

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
健常時に比して10%以上の体重減少がある。	有 ・ 無
月に7日以上の上の不定の発熱（38℃以上）が2箇月以上続く。	有 ・ 無
1日に3回以上の泥状又は水様下痢が月に7日以上ある。	有 ・ 無
1日に2回以上の嘔吐又は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	

備考 1 「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してください。

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」又は「人混みの回避」が同等の制限に該当します。

(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 (/ μ1)	/ μ1
検査所見の該当数 (①)	個
日常生活活動制限の該当数 (②)	個