様式第3号(第5条関係)

身体障害者診断書・意見書

総括表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　障害用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| ⑥将来の再認定の必要性　・要(再認定を要する時期　　年　　月)　　・不要　再認定を「要」とした理由　1　治療等により改善の可能性あり　2　その他(　　　) |
| ⑦その他参考となる合併症状 |
| 　　上記のとおり診断します。併せて、以下の意見を付します　　　　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　　　　　　　　　　印 |
| 　　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、参考意見を記入すること｡)　　　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」欄には、現在起こっている障害(両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等)を、「原因となった疾病・外傷名」欄には、原因となった疾患等(角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭等)を、それぞれ記入すること。　　　　2　障害区分や等級を決定するため、県又は県社会福祉審議会から改めて照会する場合がある。 |

 HIV(ヒト免疫不全ウイルス)による免疫の機能障害の状況及び所見

(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　　　　(1)及び(2)の検査による確認が必要である。(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か月未満の小児については、更に(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 |
| 　 | 　 | 検査法 | 検査日 | 検査結果 | 　 |
| 判定結果 | 　 | 　　年　　月　　日 | 陽性、陰性 |
| 　　(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 |
| 　　(3)　免疫学的検査所見 |
| 　 | 検査日 | 　　年　　月　　日 | 　 |
| IgG | 　　㎎／dl |
| 　 |
| 　 | 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 | 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 |
| 　　(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者の場合は、次に記入すること。 |
| 　 | 指標疾患とその診断根拠 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　　　　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 |
| 1か月以上続く発熱 | 有・無 |
| 反復性又は慢性の下痢 | 有・無 |
| 　 | 生後1か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か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か月以前に発症したトキソプラズマ症 | 有・無 |
| 6か月以上の小児に2か月以上続く口頭カンジダ症 | 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 | 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 | 有・無 |
| HIV腎症 | 有・無 |
| 臨床症状の数［　　　　個］………① |
| 　　　　ウ　軽度の症状 |
| 　 | 臨床症状 | 症状の有無 | 　 |
| リンパ節脹(2か所以上で0.5㎝以上。対称性は1か所とみなす｡) | 有・無 |
| 肝大 | 有・無 |
| 大 | 有・無 |
| 皮膚炎 | 有・無 |
| 耳下炎 | 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炎 | 有・無 |
| 反復性又は持続性の中耳炎 | 有・無 |
| 臨床症状の数［　　　　個］………② |
| 　 |
| 　(注)1　1の(1)の「抗体スクリーニング検査法」では、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　1の(2)において「抗体確認検査」とは、Western　Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。　　　3　1の(2)において「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。　　　4　2の「免疫学的分類」欄には「等級表解説」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)による程度を○で囲むこと。　　　5　2において「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。 |