

6 か月以上の小児に 2 か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，肺炎または敗血症	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
臨床症状の数 [個] …… ①	

注 6 「臨床症状の数」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（2 か所以上で 0. 5cm 以上。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
臨床症状の数 [個] …… ②	

注 7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

様式第 1 号

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	大正昭和平成令和	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，自然災害 戦災，疾病，先天性，その他（ ）	
③疾病・外傷発生年月日		平成令和	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）		平成令和	年 月 日
⑤総合所見			
〔将来再認定： 要 ・ 不要 〕（再認定の時期：令和 年 月） ※原則として、障害の程度が軽減する可能性がある場合のみ、「要」とし、再認定が必要な時期を記入してください。また、再認定「要」とした理由を、⑤総合所見欄等に記入してください（成長により障害程度に変化が生じることが予想される場合を除く）。			
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。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称：_____ 病院又は診療所の所在地：_____ 診療担当科名：_____科 医師氏名：_____			
身体障害者福祉法第 1 5 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、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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。 2 障害区分や等級決定のため、岡山県社会福祉審議会から改めて記載内容についてお問い合わせをする場合があります。			

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)および(2)の検査により確認される。(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。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、さらに以下の(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

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性, 陰性

注1 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)等のうち一つを行うこと。

(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

注2 「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法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/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

注4 「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）について該当する方を○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5 「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 (<Hb 8g/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