

5 診断書様式（第10号様式）

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	明治・大正 昭和・平成 令和	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			
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 15条指定医師氏名 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】 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			
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、H I V感染症等を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。			

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

1 H I V感染確認年月日及びその確認方法

H I V感染を確認した年月日 年 月 日

(1) H I V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H I V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
H I V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 「H I V病原検査」とは、H I V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

H I V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H I V感染症／A I D S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
------------------------------	-----------

3 CD4陽性Tリンパ球数 (／ μ l)

検 査 年 月 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	／ μ l	／ μ l
年 月 日	／ μ l	

備考 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載してください。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
白 血 球 数	／ μ l	／ μ l

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g／dl	g／dl

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
血小板数	／ μ l	／ μ l

検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日
H I V－RNA量	copy／ml	copy／ml

備考 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入してください。

検査所見の該当数 [個] …… ①

(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 ^が を必要とするほどの強い倦怠感 ^{けん} 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日以上の変動発熱（38℃以上）が2か月以上続く。	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 ^{おう} 又は30分以上の嘔気 ^{おう} 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 ^{ほう} 、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 ^{ふん} 及び伝染性軟属腫 ^{しゅ} 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 (/ μ l)	/ μ l
検査所見の該当数 (①)	個
日常生活活動制限の該当数 (②)	個