**身体障害者診断書・意見書(　　　　　障害用)**

第１号様式

**総括表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 大正昭和平成令和 | 年　　　月　　　日生 | 男 ・ 女 |
| 住　　所 | 横浜市 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　軽減化【将来再認定】 要　　　　　・不要　（再認定の時期　　　年　　　月）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　重度化 |
| 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）　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　「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、右片麻痺、心臓機能障害等　　　　　を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」には緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等の疾　　　　　患名を記入してください。２　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」(別様式)　を添付してください。３　障害区分や等級決定のため、横浜市社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。 |

〔横浜市障害者更生相談所〕

**身 体 障 害 者 診 断 書**

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）氏名

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ヶ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１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 | g/dℓ |

〔横浜市障害者更生相談所〕

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

〔横浜市障害者更生相談所〕

|  |  |
| --- | --- |
| ６か月以上の小児に２か月以上続く口腔咽頭カンジタ症 | 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 |
| リンパ筋腫脹（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。

〔横浜市障害者更生相談所〕