

様式第2号の11(第3条関係)

免

(1面)	のりづけ	(再 交 付 の 場 合 を 除 く。)	のりづけ
写 真 (4cm×3cm) 脱帽のこと	写 真 (4cm×3cm) 脱帽のこと		

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。

身体障害者診断書・意見書(ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の13歳以上用)

氏 名	年	月	日 生	男 女
住 所	市 郡	町 村	番 地	
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				
[将来再認定 要(軽度化・重度化)・不要] [再認定の時期 年 月]				
⑥ その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付する。				
年 月 日				
病院又は診療所の名称 所 在 地		市 郡	町 村	番 地
診療担当科名		科	医師氏名	
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 障害名の欄には, 免疫機能障害等現在起こっている障害を記入し, 原因となった疾病・外傷名の欄には, ヒト免疫不全ウイルス感染等障害の原因となった疾病等を記入するとともに, 該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は()内に具体的に記入してください。)				
2 障害区分や等級決定のため, 改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。				

(2面)

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歳以上用)

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

(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。

(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。

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, 次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

注4 「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。

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

注5 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すること。

4 検査所見，日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検 査 日	年 月 日	年 月 日
白血球数	／ μ l	／ μ l

検 査 日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g/dl	g/dl

検 査 日	年 月 日	年 月 日
血小板数	／ μ l	／ μ l

検 査 日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA量	copy/ml	copy/ml

注6 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すること。

検査所見の該当数 [個] ……①
