

総括表

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害 13歳未満用）

氏 名	年 月 日生	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		外傷・疾病 先天性・その他（ ）
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日		
④ 参考となる経過・現症（画像診断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（再認定の項目も記入）		
[将来再認定 要（軽度化・重度化）・不要] [再認定の時期 1年後・3年後・5年後]		
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。 年 月 日 病院又は診療所の名称 電話（ ） 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。 ・該当しない。		障害程度等級についての参考意見 級相当

注 障害区分や等級決定のため、東京都心身障害者福祉センターから改めて問い合わせする場合があります。

第14号様式（第3条関係）

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

小児のHIV感染は、原則として以下の(1)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちいずれか一つの検査による陽性確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18箇月未満の小児については、(1)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちのHIV病原検査が陽性であるか(3)の検査所見による確認のいずれかが必要である。

(1) HIV抗体スクリーニング検査法の結果

検 査 名	検 査 日	検 査 結 果
	年 月 日	陽性、 陰性

注1 「スクリーニング検査法」では、PA法、ELISA法、IC法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 法	検 査 日	検 査 結 果
抗体確認検査		年 月 日	陽性、 陰性
HIV病原検査		年 月 日	陽性、 陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western blot 法、IFA法等の検査をいう。

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「東京都身体障害認定基準障害程度等級表解説」第9ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害2の(2)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、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 ($<1,000/\mu\text{l}$)	有 ・ 無
30日以上続く貧血 ($< \text{Hb } 8\text{g/dl}$)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症 ($<100,000/\mu\text{l}$)	有 ・ 無
1箇月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後1箇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箇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箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無

6箇月以上の小児に2箇月以上続く口腔咽頭カンジダ症 ^{くわいん}	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 ^{ほうしん}	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 ^は	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫 ^{しゅ}	有 ・ 無
HIV腎症 ^{じん}	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 ^{しゅ} (2か所以上で0.5 cm以上。対称性は1か所とみなす。)	有 ・ 無
肝腫大 ^{しゅ}	有 ・ 無
脾腫大 ^{ひしゅ}	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎 ^{せん}	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 ^{くう}	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。

記 載 要 領 （免 疫 13歳未満）

HIV感染により永続的に免疫の機能の著しい低下のある状態について、その障害程度を認定するために必要な事項を記載する。

診断書は障害認定の正確を期するため、「13歳以上用」と「13歳未満用」とに区分して作成する。

総括表 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の機能障害用)

① 「障害名」欄

障害の部位とその部分の機能障害の状態を記載する。「免疫機能障害」と記載

② 「原因となった疾病・外傷名」欄

原因疾患名は「HIV感染」と記入する。

③ 「疾病・外傷発生年月日」欄

疾病・外傷発生年月日の記載については、ヒト免疫不全ウイルスへの感染が確認された日時を原則とする。不詳の場合は、「参考となる経過・現症」欄にその理由を記載する。

④ 「参考となる経過・現症」欄

障害認定の上で参考となる事項があれば記載する。個人の秘密に関わる事項を記載する場合には、障害認定に不可欠な内容に限定すること。

障害固定又は障害確定（推定）年月日は、HIV感染が確認され、検査結果や所見等が身体障害認定基準を満たすに至った日とする。この場合「身体障害認定基準を満たした日」とは、検査結果が判明した日ではなく、検査実施の日と考えてよい。

⑤ 「総合所見」欄

経過及び現症からみて障害認定に必要な事項を記載する。

東京都では、将来再認定について、乳幼児期での申請や障害発生から間もない申請、又は更生医療等の手術等により障害程度が将来軽減されると予測される場合等においては、再認定の対象としている。

免疫機能障害の場合は、一時的に障害程度が軽減化することもあるが、一般的には少しずつ症状が進行して障害程度も重度化する事例が多いため、原則として本基準での再認定の対象とはしていない。

⑥ 診断年月日、医療機関名、診療担当科名、医師氏名欄を必ず記載し押印してください。

- ⑦ 身体障害者福祉法第15条第3項の意見（指定医の意見）欄
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
 - ・ 該当しない のどちらかに○印を記入してください。

障害程度等級についての参考意見

- 級相当 必ず等級を記入してください。

診断書様式

（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）

HIV感染の確認方法は、認定対象者が13歳以上と13歳未満で異なるため、診断書は「13歳以上用」と「13歳未満用」とに区分して作成する。

1 13歳未満の場合

（ア）小児のヒト免疫不全ウイルス感染の確認方法

13歳未満の小児のHIV感染の証明は、原則として13歳以上の場合に準じる。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の小児については、HIVの抗体スクリーニング検査が陽性であり、さらに次のいずれかに該当する場合においてヒト免疫不全ウイルス感染とする。

- ・ 抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の病理検査法のいずれかにおいて、ウイルスまたは抗原が証明される場合、
- ・ 血清免疫グロブリン値、全リンパ球数、CD4陽性Tリンパ球数、CD4陽性Tリンパ球の全リンパ球に対する割合、CD8陽性Tリンパ球数、CD4／CD8比等の免疫学的検査所見を総合的に判断し免疫機能が著しく低下しており、かつHIV感染以外にその原因が認められない場合

（イ）年齢区分毎の免疫学的分類

当該小児の免疫機能を評価するには、CD4陽性Tリンパ球数又はCD4陽性Tリンパ球の全リンパ球に対する割合を用いるものとし、双方の評価が分類を異にする場合には重篤な分類により評価すること。

（ウ）小児のHIV感染の臨床症状

臨床症状については、その所見や疾患の有無、反復性について判定すること。