別記第４号様式（第７条関係）

**身体障害者診断書・意見書**

**総　括　表**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（障害用　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 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〔将来再認定　　要 ・ 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。併せて次の意見を付す。　　　　　　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　　　　　　　　　　　 |
| 　身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号）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　障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、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緑内障、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　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（別紙）を添付してください。　　３　障害区分や等級決定のため、北海道社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分について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による免疫機能の状況及び所見（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、次の(1)の検査及び(2)のうちいずれか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､次の(1)の検査及び(2)のうちＨＩＶ病原検査又は(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　　次の臨床症状の有無（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、次に記入すること。

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

|  |
| --- |
| 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 |
| ６か月以上の小児に2カ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カ所とみなす。） | 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入すること。 |