

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			
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 of 不定の発熱（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

(第 11 号様式)

身体障害者診断書・意見書

総括表

(免疫機能障害 13歳未満用)

氏 名	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、 自然災害、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		
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歳未満用）

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

小児のH I V感染は、原則として（1）及び（2）の検査により確認します。（2）についてはいずれか一つの検査による確認が必要です。ただし、周産期に母親がH I Vに感染していたと考えられる検査時に生後18箇月未満の小児については、（1）の検査に加えて、（2）のうち「H I V病原検査の結果」又は（3）の検査による確認が必要です。

（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 「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。

2 「H I V病原検査」とは、H I V抗原検査、ウイルス分離、P C R法等の検査をいいます。

（3）免疫学的検査所見

検 査 年 月 日	年 月 日
I g G	mg／dl

検 査 年 月 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 年 月 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

備考 「免疫学的分類」欄は次の分類に基づき○で囲んでください。

免疫学的分類	児 の 年 齢		
	1 歳 未 満	1 ～ 6 歳 未 満	6 ～ 13 歳 未 満
正 常	$\geq 1,500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 500/\mu\text{l}$ $\geq 25\%$
中 等 度 低 下	$750 \sim 1,499/\mu\text{l}$ $15 \sim 24\%$	$500 \sim 999/\mu\text{l}$ $15 \sim 24\%$	$200 \sim 499/\mu\text{l}$ $15 \sim 24\%$
重 度 低 下	$< 750/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 500/\mu\text{l}$ $< 15\%$	$< 200/\mu\text{l}$ $< 15\%$

(2) 臨床症状

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HIV感染症/AIDS診断基準」に規定するものをいいます。

イ 中等度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

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	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
H I V じん症	有 ・ 無
臨床症状の数 [個] …… ①	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

ウ 軽度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹（2 箇所以上で 0.5 cm 以上。対称性は 1 箇所とみなす。）	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	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

6 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

(厚生省エイズ動向委員会, 1999)

我が国のエイズ動向委員会においては、下記の基準によってH I V感染症／A I D Sと診断され、報告された結果に基づき分析を行うこととする。この診断基準は、サーベイランスのための基準であり、治療の開始等の指標となるものではない。近年の治療の進歩により、一度指標疾患 (Indicator Disease) が認められた後、治療によって軽快する場合もあるが、発生動向調査上は、報告し直す必要はない。しかしながら、病状に変化が生じた場合 (無症候性キャリア→A I D S、A I D S→死亡等) には、必ず届け出ることが、サーベイランス上重要である。

なお、報告票上の記載は、

- 1) 無症候性キャリアとは、Iの基準を満たし、症状のないもの
- 2) A I D Sとは、IIの基準を満たすもの
- 3) その他とは、Iの基準を満たすが、IIの基準を満たさない何らかの症状があるもの

を指すことになる。

I H I V感染症の診断

- 1 H I Vの抗体スクリーニング検査法 (酸素抗体法 (ELISA)、粒子凝集法 (PA)、免疫クロマトグラフィー法 (IC) 等) の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合にH I V感染症と診断する。

- (1) 抗体確認検査 (Western Blot 法、蛍光抗体法 (IFA) 等)
- (2) H I V抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法 (PCR 等) 等の病原体に関する検査 (以下、「H I V病原検査」という。)

- 2 ただし、周産期に母親がH I Vに感染していたと考えられる生後 18 か月未満の児の場合は少なくともH I Vの抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にH I V感染症と診断する。

- (1) H I V病原検査が陽性
- (2) 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD 4 陽性Tリンパ球数の減少、CD 4 陽性Tリンパ球数／CD 8 陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する

II A I D Sの診断

Iの基準を満たし、IIIの指標疾患 (Indicator Disease) の1つ以上が明らかに認められる場合にA I D Sと診断する。

III 指標疾患 (Indicator Disease)

A. 真菌症

1. カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)

3. コクシジオイデス症

- ①全身に播種したもの
- ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

4. ヒストプラズマ症

- ①全身に播種したもの
- ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

5. カリニ肺炎（注）原虫という説もある

B. 原虫症

- 6. トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）
- 7. クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）
- 8. イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

C. 細菌感染症

- 9. 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの）

- ①敗血症
- ②肺炎
- ③髄膜炎
- ④骨関節炎
- ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍

- 10. サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く）

※11. 活動性結核（肺結核又は肺外結核）

- 12. 非定型抗酸菌症

- ①全身に播種したもの
- ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D. ウイルス感染症

- 13. サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）

- 14. 単純ヘルペスウイルス感染症

- ①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの
- ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの

- 15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

- 16. カボジ肉腫

- 17. 原発性脳リンパ腫

- 18. 非ホジキンリンパ腫

LSG分類により

- ①大細胞型
免疫芽球型
- ②Burkitt型

※19. 浸潤性子宮頸癌

F. その他

20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PLH complex（13歳未満）
22. H I V脳症（痴呆又は亜急性脳炎）
23. H I V消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

※C11 活動性結核のうち肺結核及び E19 浸潤性子宮頸癌については、H I Vによる免疫不全を示唆する症状または所見がみられる場合に限る。

（付記）厚生省エイズ動向委員会による A I D S 診断のための指標疾患の診断法

ここには基本的な診断方法を示すが、医師の判断により、より最新の診断法によって診断する場合もあり得る。

A. 真菌症

1. カンジダ症（食道、気管、気管支又は肺）

（1）確定診断（いずれか一つに該当）

- ①内視鏡もしくは剖検による肉眼的観察によりカンジダ症を確認
- ②患部組織の顕微鏡検査によりカンジダを確認

（2）臨床的診断

嚥下時に胸骨後部の疼痛があり、以下のいずれかが確認される場合

①肉眼的に確認（いずれか一つ）

- 〈A〉紅斑を伴う白い斑点
- 〈B〉プラク（斑）

②粘膜擦過標本で真菌のミセル様繊維を顕微鏡検査で確認できる口腔カンジダ症が存在

2. クリプトコッカス症（肺以外）

（1）確定診断（いずれか一つに該当）

- ①顕微鏡検査、②培養、③患部組織又はその浸出液
- においてクリプトコッカスを検出。

3. コクシジオイデス症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に又はそれらの部位に加えて全身に播種したもの）

（1）確定診断（いずれか一つに該当）

- ①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液
- においてコクシジオイデスを検出。

4. ヒストプラズマ症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に又はそれらの部位に加えて全身に播種したもの）

（1）確定診断（いずれか一つに該当）

- ①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液
- においてヒストプラズマを検出。

5. カリニ肺炎

(1) 確定診断

顕微鏡検査により、ニューモシスチス・カリニを確認。

(2) 臨床的診断（すべてに該当）

①最近3か月以内に（いずれか一つの症状）

〈a〉運動時の呼吸困難

〈b〉乾性咳嗽

②（いずれか一つに該当）

〈a〉胸部X線でび慢性の両側間質像増強

〈b〉ガリウムスキャンでび慢性の両側の肺病変

③（いずれか一つに該当）

〈a〉動脈血ガス分析で酸素分圧が70mmHg以下

〈b〉呼吸拡散能が80%以下に低下

〈c〉肺胞-動脈血の酸素分圧較差の増大

④細菌性肺炎を認めない

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）

(1) 確定診断

組織による病理診断により、トキソプラズマを確認

(2) 臨床的診断（すべてに該当）

①〈a〉頭蓋内疾患を示唆する局所の神経症状

または、

〈b〉意識障害

②〈a〉CT、MRIなどの画像診断で病巣を認める

または、

〈b〉コントラスト薬剤の使用により、病巣が確認できる

③〈a〉トキソプラズマに対する血清抗体を認める

または、

〈b〉トキソプラズマ症の治療によく反応する

7. クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

(1) 確定診断

組織による病理診断または一般検査により、クリプトスポリジウムを確認

8. イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

(1) 確定診断

組織による病理診断または一般検査により、イソスポラを確認

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症

（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により、①敗血症②肺炎③髄膜炎④骨関節炎⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの）

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

10. サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌を除く）

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

11. 活動性結核（肺結核又は肺外結核）

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

(2) 臨床的診断

培養により確認できない場合には、X線写真等により診断

12. 非定型抗酸菌症

(1) 確定診断

細菌学的培養により診断

(2) 臨床的診断

下記のいずれかにおいて、顕微鏡検査により、結核菌以外の抗酸菌を検出した場合は、非定型抗酸菌症と診断。

〈a〉糞便、汚染されていない体液

〈b〉肺、皮層、頸部もしくは肺門リンパ節以外の組織

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）

(1) 確定診断

組織による病理診断により、核内封入体を有する巨細胞の確認

(2) 臨床的診断

サイトメガロウイルス性網膜炎については、特徴的臨床症状で診断可。

（眼底検査によって、網膜に鮮明な白斑が血管にそって遠心状に広がり、数か月にわたって進行し、しばしば網膜血管炎、出血又は壊死を伴い、急性期を過ぎると網膜の痂皮形成、萎縮が起こり、色素上皮の斑点が残る。）

14. 単純ヘルペスウイルス感染症

（1か月以上継続する粘膜、皮層の潰瘍を形成するもの、生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を合併するもののいずれか）

(1) 確定診断

①組織による病理診断、②培養、③患部組織又はその浸出液からウイルスを検出することにより診断。

15. 進行性多巣性白質脳症

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

CT、MRIなどの画像診断法により診断

E. 腫瘍

16. カポジ肉腫

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

肉眼的には皮層または粘膜に、下記のいずれかを認めること。

①特徴のある紅斑

②すみれ色の斑状の病変

ただし、これまでカポジ肉腫を見る機会の少なかった医師は推測で診断しない。

17. 原発性脳リンパ腫

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

CT、MRI などの画像診断法により診断

18. 非ホジキンリンパ腫 (LSG 分類による①大細胞型、免疫芽球型②Burkitt 型)

(1) 確定診断

組織による病理診断

19. 浸潤性子宮頸癌

(1) 確定診断

組織による病理診断

F. その他

20. 反復性肺炎

1 年以内に二回以上の急性肺炎が臨床上又は X 線写真上認められた場合に診断

21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PLH complex (13 歳未満)

(1) 確定診断

組織による病理診断

(2) 臨床的診断

胸部 X 線で、両側性の網状小結節様の間質性肺陰影が 2 か月以上認められ、病原体が検出されず、抗生物質療法が無効な場合。

22. H I V 脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)

下記のいずれかの状態があり、①脳脊髄液検査、②脳の CT、MRI などの画像診断、③病理解剖のいずれかによっても、H I V 感染以外にこれを説明できる疾病や状況がない場合。

〈a〉就業もしくは日常生活活動に支障をきたす認識もしくは運動障害が臨床的に認められる場合

〈b〉子供の行動上の発達障害が数週から数か月にわたって進行

これらは確定的な診断法ではないがサーベイランスの目的のためには十分である。

23. H I V 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)

以下のすべてに該当するもの

①通常の体重の 10% を超える不自然な体重減少

②慢性の下痢

（1日2回以上、30日以上継続）又は慢性的な衰弱を伴う明らかな発熱
（30日以上にわたる持続的もしくは間歇性発熱）

③H I V感染以外にこれらの症状を説明できる病気や状況

（癌、結核、クリプトスポリジウム症や他の特異的な腸炎など）がない

これらは確定的な診断法ではないがサーベイランスの目的のためには十分である。