

総括表 身体障害者診断書・意見書(呼吸器機能障害用)

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名 (部位を明記) | 呼吸器機能障害 | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他() | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | 年 月 日・場 所 | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見 (エックス線写真を含む) ※フローボリューム曲線を添付すること。 | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| 在宅酸素療法 | | 人工呼吸管理 (含 NPPV) |
| <input type="checkbox"/> 有 酸素吸入量 安静時 () L/分、労作時 () L/分 | <input type="checkbox"/> 有 () 時間 | |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| ⑤ 総合所見 | | |
| [将来再認定] | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| 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 | 診療担当科名 科 | 15条指定医師氏名 印 |
| 病院又は診療所の名称 | | |
| 所 在 地 〒 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| 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、_____ 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、肺結核後遺症、慢性閉塞性肺疾患、肺線維症等原因となった疾患名を具体的に記入してください。 | | |
| 2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。 | | |
| 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | |

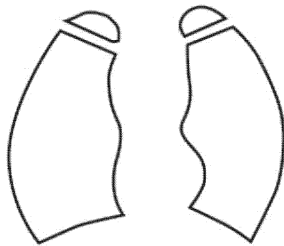
呼吸器の機能障害の状況及び所見呼吸器の機能障害の状況及び所見

1 身体計測 身長 () cm ・ 体重 () kg

2 活動能力の程度

- 激しい運動をした時だけ息切れがある (非該当)
- 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある (4 級相当)
- 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある (4 級相当)
- 平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる (3 級相当)
- 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある (1 級相当)

3 胸部エックス線写真所見 (平成 年 月 日)



- ア 胸 膜 癒 着 (無 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- イ 気 腫 化 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- ウ 線 維 化 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- エ 不 透 明 肺 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- オ 胸 郭 変 形 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)
- カ 心 ・ 縦 隔 の 変 形 (無 ・ 軽 度 ・ 中 等 度 ・ 高 度)

4 換気機能 (平成 年 月 日)

- ア 予測肺活量 . L
- イ 実測肺活量 . L
- ウ 実測努力肺活量 . L
- エ 一秒量 . L
- オ 予測肺活量 1 秒率 . % $(= \frac{\text{エ}}{\text{ア}} \times 100)$

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 (L)

男性 $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$

女性 $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

(予測式の適応年齢は、男性 18-91 歳、女性 18-95 歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

5 動脈血ガス (平成 年 月 日) ※可能な限りルームエア一で測定すること。

- ア O₂分圧 : Torr
- イ CO₂分圧 : Torr
- ウ pH :
- エ BE :
- オ 採血より分析までに時間を要した場合 時間 分
- カ 耳朶血を用いた場合 : ()
- キ ルームエア一での測定が困難な場合、その理由及び採血時の酸素投与量を記載

6 その他の臨床所見

- ア SpO₂ 安静時 % 歩行時 %
- イ その他

※ 6 分間歩行試験実施の場合は、歩行距離 [m (%)] を記入すること。

裏面

- 1 活動能力の程度と予測肺活量 1 秒量、動脈血ガス O_2 分圧に不均衡がある場合について
活動能力の程度と予測肺活量 1 秒量（以下「指数」という）及び動脈血ガス O_2 分圧（以下「 O_2 分圧」という）に不均衡がある場合は、呼吸器機能障害以外の原因が活動能力の低下に関与していないか慎重に検討する必要があります。もし、活動能力の低下を説明する他の原因がなく、指数・ O_2 分圧以外の検査で活動能力の低下を証明できるなら、その所見を診断書の臨床経過欄等に記載してください。（例えば労作時の O_2 分圧（ SpO_2 でも可）等）
- 2 指数と O_2 分圧に不均衡がある場合について
換気機能障害を測るための指数と、ガス交換機能障害を測るための O_2 分圧との間には、相当程度の相関関係があるのが一般的です。しかしながら、指数と O_2 分圧のレベルに不均衡が生じる場合もあり、こうした場合には、指数の方が O_2 分圧より誤差を生じやすいことにも配慮し、努力呼出曲線などの他のデータを活用したり、 CO_2 分圧や PH 値の数値も参考にし、総合的な障害等級の判断をお願いします。
なお、このように指数と O_2 分圧に不均衡がある場合については、障害等級をどのような理由で判断したかについて記載いただくようお願いいたします。判断の根拠となった他の検査データがある場合は、そのデータの記載または添付をお願いします。
- 3 動脈血ガスの検査について
認定基準に示された数値は、急性増悪期ではなく安定期、しかも安静時、ルームエア吸入時のものです。したがって診断書に記入するのはこの状況下での数値となりますが、ルームエアでの測定が困難な場合は、その理由及び採血時の酸素投与量を記載してください。また、ルームエアでの SpO_2 のデータがあれば、参考となりますので併せて御記入ください。

総括表 身体障害者診断書・意見書(ぼうこう又は直腸機能障害用)

| | | |
|---|--|-------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) | <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害 | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他() | |
| ③ 疾病・外傷発生日 | 年 月 日 | 場所 |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑨ 総合所見 (ストマについては、永久的な造設に関して記載) | | |
| [将来再認定] | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑩ 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 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | |
| 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、_____級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、ぼうこう腫瘍、クローン病等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | |

ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

〔記入上の注意〕

- ・ 「ぼうこう機能障害」及び「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・ 1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□にレを入れ、必要事項を記述すること。
- ・ 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

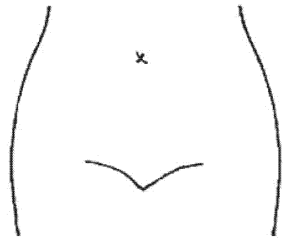
□ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
 - 腎瘻 腎盂瘻
 - 尿管瘻 ぼうこう瘻
 - 回腸(結腸)導管
 - その他[_____]
- ② 術式：[_____]
- ③ 手術日：[_____ 年 月 日]
- ④ 閉鎖予定 無 有 (_____ 年 月頃)

(2) ストマにおける排尿処理の状態

- 長期にわたるストマ用器具の装着が困難な状態の有無について
 - 有 (理由)
 - 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)
 - ストマの変形
 - 不適切な造設箇所
 - 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 高度の排尿機能障害

(1) 原因

- 神経障害
 - 先天性：[_____] (例：二分脊椎 等)
 - 直腸の手術
 - ・術式：[_____]
 - ・手術日：[_____ 年 月 日]
- 自然排尿型代用ぼうこう
 - ・術式：[_____]
 - ・手術日：[_____ 年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
- 自己導尿の常時施行
- 完全尿失禁
- その他 [_____]

2 直腸機能障害

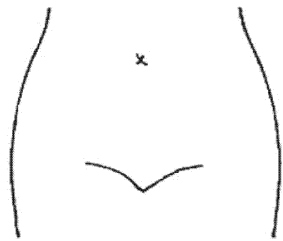
□ 腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
 - 空腸ストマ 回腸ストマ
 - 上行結腸ストマ 横行結腸ストマ
 - 下行結腸ストマ S状結腸ストマ
 - その他 [_____]
- ② 術式 : [_____]
- ③ 手術日 : [_____ 年 _____ 月 _____ 日]
- ④ 閉鎖予定 無 有 (_____ 年 _____ 月頃)

(2) ストマにおける排便処理の状態

- 長期にわたるストマ用器具の装着が困難な状態の有無について
 - 有 (理由)
 - 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)
 - ストマの変形
 - 不適切な造設箇所
 - 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- ① 放射線障害
 - 疾患名 : [_____]
- ② その他
 - 疾患名 : [_____]
- (2) 瘻孔の数 : [_____] 個

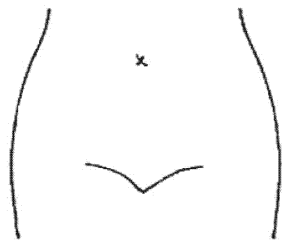
(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- 大部分
- 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)
- その他

[_____]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害
[_____]
(例：二分脊椎 等)

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術
手術日：[_____ 年 月 日]

小腸肛門吻合術
手術日：[_____ 年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

週に 2 回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[_____]

3 障害程度の等級

(1 級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3 級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの
- 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4 級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

総括表 身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

| | | |
|--|--------|-------------------------------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) 小腸機能障害 | | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | | 交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他() |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所 | | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑪ 総合所見 | | |
| [将来再認定] <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑫ 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 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | |
| 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、_____級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、小腸間膜血管閉塞症、クローン病等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | |

小腸の機能障害の状況及び所見

身長 _____ cm

体重 _____ kg

体重減少率 _____ % (観察期間 : _____ 年 月 ~ _____ 年 月)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見：切除小腸の部位 _____ 長さ _____ cm

残存小腸の部位 _____ 長さ _____ cm

手術施行医療機関名 _____ (できれば手術記録の写を添付する)

(2) 小腸造影所見 ((1) が不明のとき) ※小腸造影の写を添付する。

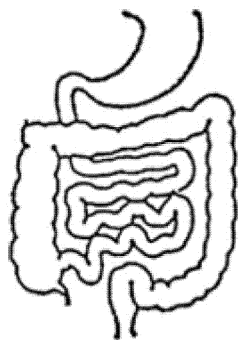
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする)

① 中心静脈栄養法:

- ・ 開 始 日 (年 月 日)
- ・ カテーテル留置部位 ()
- ・ 装 具 の 種 類 ()
- ・ 最近 6 か月間の実施状況 (最近 6 か月間に 日間)
- ・ 療 法 の 連 続 性 (持続的 ・ 間欠的)
- ・ 熱 量 (1日当たり Kcal)

② 経腸栄養法:

- ・ 開 始 日 (年 月 日)
- ・ カテーテル留置部位 ()
- ・ 最近 6 か月間の実施状況 (最近 6 か月間に 日間)
- ・ 療 法 の 連 続 性 (持続的 ・ 間欠的)
- ・ 熱 量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取:

- ・ 摂取の状態 (普通食、 軟食、 流動食、 低残渣食)
- ・ 摂 取 量 (普通量、 中等量、 少量)

4 便の性状 : (下痢、 軟便、 正常)

排便回数 : 1日 () 回

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

| | | | |
|------------------------|----------------------------------|---------------------|-------|
| 赤 血 球 数 | 10 ⁴ /mm ³ | 血 色 素 量 | g/dl |
| 血 清 総 蛋 白 濃 度 | g/dl | 血 清 アル ブ ミ ン 濃 度 | g/dl |
| 血 清 総 コ レ ス テ ロ ール 濃 度 | mg/dl | 中 性 脂 肪 | mg/dl |
| 血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度 | mEq/l | 血 清 カ リ ウ ム 濃 度 | mEq/l |
| 血 清 ク ロ ール 濃 度 | mEq/l | 血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度 | mEq/l |
| 血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度 | mEq/l | | |

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による一日当たり熱量は1週間の平均値によるものとする。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く)又は小腸疾患による小腸機能障害程度については再認定を要する。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月間の観察期間を経て行うものとする。

総括表 身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳以上用)

| | | |
|---|--------|-------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| ① 障害名(部位を明記) 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 疾病・先天性・その他() | | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | | |
| 年 月 日・場所 | | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | |
| ⑬ 総合所見 | | |
| [将来再認定] | | |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑭ 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 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | |
| 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、_____級相当に_____(身体障害者福祉法別表に掲げる障害に)該当する。 | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、HIV感染等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 等級決定のため、内容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の機能障害の状況及び所見(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

(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 ※ いずれか1つの検査による確認が必要

| | 検査法 | 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」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)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(／μl)

| | | |
|-------|-------|-------|
| 検 査 日 | 検 査 値 | 平 均 値 |
| 年 月 日 | ／μl | ／μl |
| 年 月 日 | ／μl | |

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 検査所見及び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 | ／μl | ／μl |

| | | |
|-----|-------|-------|
| 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 | ／μl | ／μl |

| | | |
|----------|---------|---------|
| 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] |
|---------------|

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

| 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を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある | 有 ・ 無 |
| 健常時に比し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回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある | 有 ・ 無 |
| 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある | 有 ・ 無 |
| 「身体障害認定基準」10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す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] | |

注7 「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すること。

注8 「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」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

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) 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 疾病・先天性・その他() | | | | | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所 | | | | | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) | | | | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | | | | |
| ⑤ 総合所見 | | | | | |
| <div style="text-align: right;"> 【将来再認定】 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: 0; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">再認定の時期 年 月</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 再認定は不要</td> </tr> </table> </div> | | | <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する | 再認定の時期 年 月 | <input type="checkbox"/> 再認定は不要 |
| <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する | | | | | |
| 再認定の時期 年 月 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | | | | |
| 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 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号 | | | | | |
| 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、_____級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | | | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、HIV感染等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 等級決定のため、内容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)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か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

| | 検査法 | 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 | / μ l | 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10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害「身体障害認定基準」(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(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」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

イ 中等度の症状 (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)

| 臨 床 症 状 | 症状の有無 |
|------------------------------------|-------|
| 30日以上続く好中球減少症(<1,000/ μ l) | 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/ μ l) | 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 か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、肺炎または敗血症 | 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] | |

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（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)

| 臨 床 症 状 | 症状の有無 |
|---------------------------------------|-------|
| リンパ節腫脹(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] | |

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。

総括表 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

| | | | | | |
|--|-------------------------------|------------|--|-----------|---|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | | |
| 住 所 | | | | | |
| ① 障害名(部位を明記) | 肝臓機能障害 | | | | |
| ② 原因となった 疾病・外傷名 | 交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他() | | | | |
| ③ 疾病・外傷発生日 | 年 月 日 | 場所 | | | |
| ④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) (注) 肝臓移植を実施した者であつて、抗免疫療法を実施しているものは、次ページの記載は省略可能。 | | | | | |
| | 肝臓移植の実施 | 有 ・ 無 | 実施年月日 | 年 月 日 | |
| | 抗免疫療法の実施 | 有 ・ 無 | | | |
| 障害固定又は障害確定(推定) | | | 年 月 日 | | |
| ⑦ 総合所見 | | | [将来再認定] <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要 | | |
| ⑧ 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 | 診療担当科名 | 科 | 15条指定医師氏名 | 印 |
| | | 病院又は診療所の名称 | | | |
| | | 所 在 地 〒 | | | |
| | | 電 話 番 号 | | | |
| 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、_____級相当に_____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 | | | | | |
| 注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、例えば単に肝硬変という記載にとどめることなく、C型 肝炎ウイルスに起因する肝硬変、ウィルソン病による肝硬変等のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。 | | | | | |

肝臓機能障害の状況及び所見

1 障害の変動に関する因子（※下記のいずれかが「×」の場合は障害認定の対象外）

| | 第 1 回検査 | 第 2 回検査 |
|----------------------|---------|---------|
| 180 日以上アルコールを摂取していない | ○ ・ × | ○ ・ × |
| 改善の可能性のある積極的治療を実施 | ○ ・ × | ○ ・ × |

2 肝臓機能障害の重症度

| | 検査日（第 1 回） | | 検査日（第 2 回） | |
|-----------|-----------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | 平成 年 月 日 | | 平成 年 月 日 | |
| | 状態 | 点数 | 状態 | 点数 |
| 肝性脳症 | なし ・ I ・ II III ・ IV ・ V | | なし ・ I ・ II III ・ IV ・ V | |
| 腹水 | なし ・ 軽度 ・ 中程度以上 (概ね ℓ) | | なし ・ 軽度 ・ 中程度以上 (概ね ℓ) | |
| 血清アルブミン値 | | g/dℓ | | g/dℓ |
| プロトロンビン時間 | | % | | % |
| 血清総ビリルビン値 | | mg/dℓ | | mg/dℓ |

| | | | |
|------|---|---|---|
| 合計点数 | 点 | ※ | 点 |
|------|---|---|---|

注 1 90 日以上 180 日以内の間隔をおいて実施した連続する 2 回の診断・検査結果を入力すること。

注 2 点数は、Child-Pugh 分類による点数を記入すること。

注 3 1 級、2 級については肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む 3 項目以上の項目において 2 点以上の状態が連続して 2 回以上続くことが必要である。

※ 初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、2 回目の検査時点で Child-Pugh 分類の合計点数が 7 点から 9 点までの状態である場合は、1 年以上 5 年以内の期間内に再認定を実施すること。

<Child-Pugh 分類>

| | 1 点 | 2 点 | 3 点 |
|-----------|--------------|---------------|-------------|
| 肝性脳症 | なし | 軽度 (I ・ II) | 昏睡 (III 以上) |
| 腹水 | なし | 軽度 | 中程度以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.5g/dℓ 超 | 2.8~3.5g/dℓ | 2.8 g/dℓ 未満 |
| プロトロンビン時間 | 70% 超 | 40~70% | 40% 未満 |
| 血清総ビリルビン値 | 2.0 mg/dℓ 未満 | 2.0~3.0 mg/dℓ | 3.0 mg/dℓ 超 |

注 4 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981 年) による。

注 5 腹水は、原則として超音波検査、体重増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね 1ℓ 以上を軽度、3ℓ 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね 40 kg 以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によるコントロールができないものを中程度以上とする。

| 3 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限 | | | |
|---------------------------------|---|-------|-------|
| 補完的な肝機能診断 | 血清総ビリルビン値 5.0 mg/dℓ以上 | | 有 ・ 無 |
| | 検査日 | 年 月 日 | |
| | 血中アンモニア濃度 150 μg/dℓ | | 有 ・ 無 |
| | 検査日 | 年 月 日 | |
| | 血小板数 50,000/mm ³ 以下 | | 有 ・ 無 |
| | 検査日 | 年 月 日 | |
| 症状に影響する病歴 | 原発性肝がんの治療の既往 | | 有 ・ 無 |
| | 確定診断日 | 年 月 日 | |
| | 特発性細菌性腹膜炎治療の既往 | | 有 ・ 無 |
| | 確定診断日 | 年 月 日 | |
| | 胃食道静脈瘤治療の既往 | | 有 ・ 無 |
| | 確定診断日 | 年 月 日 | |
| | 現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染 | | 有 ・ 無 |
| | 最終確認日 | 年 月 日 | |
| 日常生活活動の制限 | 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月 7 日以上ある | | 有 ・ 無 |
| | 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある | | 有 ・ 無 |
| | 有痛性筋けいれんが 1 日に 1 回以上ある | | 有 ・ 無 |
| 該当個数 | | 個 | |

歯科医師による診断書・意見書

| | | |
|--|--------|-------|
| 氏 名 | 年 月 日生 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | |
| 現 症 | | |
| 原因疾患名 | | |
| 治療経過 | | |
| 今後必要とする治療内容 (1) 歯科矯正治療の要否 (2) 口腔外科的手術の要否 (3) 治療完了までの見込み 向後 年 月 | | |
| 現症をもとに上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 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 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号 診療担当科名 科 15 条歯科医師氏名 印 | | |