

診断書の記載要領

- 1 障がい名  
部位とその部分の機能の障がいを記載する。  
免疫機能障がい
- 2 原因となった疾病・外傷名  
障がいをきたすに至ったいわゆる病名を記載する。  
  
また、原因となった疾病・外傷の発生した理由については、該当する項目を○で囲む。  
該当する項目がない場合は、その他の（ ）内に具体的に記載する。
- 3 疾病・外傷発生年月日  
疾病の場合又は発生年月日が不明の場合は、医療機関における初診日を記載する。月、日について不明の場合は、年のみに留めることとし、年が不明確な場合は〇〇年頃と記載する。
- 4 参考となる経過・現症  
障がい固定するに至るまでの経過を簡単に記載する。  
なお、現症については、個別の所見欄に該当する項目がある場合は、この欄の記載を省略してもさしつかえない。この場合、所見欄には現症について詳細に記載する。
- 5 総合所見  
障がいの状況についての総合的所見を記載する。  
個別の所見欄に記載がある場合は、省略してさしつかえないが、生活上の動作、活動に支障がある場合には、個別の所見欄に記載された項目の総合的能力を記載する。
- 6 将来再認定  
将来障がいがある程度変化すると予想される次の場合に記載する。なお、参考として再認定の時期についてもその期日を記載することが望ましい。  
(1) 成長期に障がいを判定する場合  
(2) 進行性病変に基づく障がいを判定する場合  
(3) その他認定に当たった医師が、手術等により障がい程度に変化が予測されると判定する場合
- 7 その他参考となる合併症状  
複合障がいの等級について総合認定する場合に必要なので、他の障がい（当該診断書に記載事項のないもの）についての概略を記載することが望ましい。  
(例 肢体不自由の診断書に「言語障がいあり」等を記載する。)
- 8 身体障害者福祉法第15条第3項の意見  
該当すると思われる障がい程度等級を参考として記載する。  
なお、障がい等級は都道府県知事・指定都市市長が当該意見を参考とし、現症欄等の記載内容によって決定するものである。
- 9 各障がいの状況及び所見  
各障がいの状況及び所見欄は、障がいの状況を判定するために必要な事項について、それぞれの診断書様式に示された測定方法等により厳正に診断し記載する。

身体障がい者診断書・意見書（免疫機能障がい13歳未満用）

氏名	平成 令和	年	月	日	年齢	歳	男・女
住所 大阪市 区							
① 障がい名（部位を明記） 免疫機能障がい							
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 平成 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）							
障がい固定又は障がい確定（推定） 平成 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 令和 年 月 ・（ ）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。 令和 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							
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障がい程度等級についても参考意見を記入〕 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに ・該当する（ 級相当） ・該当しない							
注意 1 障がい区分や等級決定のため、大阪市社会福祉審議会から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 診断書を記載するにあたっては記載要領を参考にしてください。							

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい（13歳未満用）の状況及び所見

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ヶ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

判定結果	検査法	検査日	検査結果
		年 月 日	陽性・陰性

注1 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。

（3）免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/μl

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. 障がいの状況

（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「身体障がい者認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい（2）のイの（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ヶ月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無
生後1ヶ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ヶ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ヶ月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6ヶ月以上の小児に2ヶ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カ所以上で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載すること。