別添A

年管管発0131第1号
平成23年1月31日

日本年金機構事業管理部門担当理事　殿

厚生労働省年金局事業管理課長

ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定
における留意事項の追加について

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による疾病及び障害については、「ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について」（平成10年2月4日付け庁保険発第1号通知。以下「当初通知」という。）により認定を行っているところですが、近年の医学的知見を反映して当初通知の明確化を図るため、「障害年金の認定（ヒト免疫不全ウイルス感染症）に関する専門家会合」を開催し、審議を行ってきました。

今般、同会合の「意見書」が別添のとおり取りまとめられたことから、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定については、当初通知のほか、下記の取扱いにより平成23年4月1日から実施することとしましたので、遺漏のないよう取り扱い願います。

記

1　障害認定について

障害認定については、当初通知により、続発症の有無、その程度、検査所見、治療及び症状の経過を十分考慮し、労働及び日常生活上の障害を総合的に判断するほか、別紙1の障害の程度の目安により障害の程度を判断し、それらのうち上位等級の方で認定されたい。

2　診断書の様式及び記載要領について

上記1の総合的に判断する場合や別紙1の障害の程度の目安により判断する場合に必要なヒト免疫不全ウイルス感染症特有の障害の状態（検査成績、身体症状等、副作用の状況、エイズ発症の既往歴などの項目）を、別紙2の「診断書（血液・造血器、その他の障害）様式120号の7」の裏面に記載させるために「⑭免疫機能障害」の欄を設けたこと。

併せて、診断書を作成する医師が適切に記載できるよう、別紙３の「記載要領」を作成したので、ヒト免疫不全ウイルス感染症による障害給付の請求時に診断書を配付する際には、新様式の診断書に記載要領を添付した上で、これらの書類を申請者から医療機関へ提出するように指導すること。

３　その他

（１）　別紙２の「⑭免疫機能障害」欄の「6. 肝炎の状況」欄に記載された内容により肝疾患による障害の認定が可能である場合は、肝疾患について、改めて診断書（腎疾患・肝疾患、糖尿病の障害）様式120号の6－(2)の提出を要しないものであること。

（２）　別紙２の「⑮ その他の障害」欄に、エイズ指標疾患となっている悪性腫瘍（カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌）のほか、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫の記載がある場合には、記載内容を考慮し、原疾患との総合認定または併合認定により認定すること。

（別紙１）
別添A

障害の程度	障害の程度の目安
１級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]を満たす場合とする 【検査項目】 ア CD4値が200／μℓ以下（4週以上の間隔をおいた直近の連続する2回の検査値の平均値） イ 以下の項目のうち、3つ以上を満たす（4週以上の間隔をおいた直近の検査において連続して2回以上続く） a 白血球数が3，000／μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万／μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、4つ以上を満たす a 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に7日以上ある b 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く d 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 e 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する g 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（a～f以外）（抗HIV療法を実施している場合） h 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 i 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある j 医学的理由（注1）により抗HIV療法ができない状態である B 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態（注2）である
２級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]（ア＋エ）を満たす場合とする 【検査項目】 ア CD4値が200／μℓ以下（4週以上の間隔をおいた直近の連続する2回の検査値の平均値） イ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす（4週以上の間隔をおいた直近の検査において連続して2回以上続く） a 白血球数が3，000/μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万/μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、3つ以上を満たす a 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に7日以上ある b 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く d 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 e 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する g 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（a～f以外）（抗HIV療法を実施している場合） h 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 i 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある j 医学的理由（注1）により抗HIV療法ができない状態である 【その他】 エ エイズ発症の既往歴がある
３級	[A]（ア＋イ＋ウ）又は[B]（ア＋エ）を満たす場合とする 【検査項目】 ア CD4値が350／μℓ以下（4週以上の間隔をおいた直近の連続する2回の検査値の平均値） イ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす（4週以上の間隔をおいた直近の検査において連続して2回以上続く） a 白血球数が3，000／μℓ未満 b ヘモグロビン量が男性12g／dℓ、女性11g／dℓ未満 c 血小板が10万／μℓ未満 d ヒト免疫不全ウイルスーRNA量が5，000コピー／mℓ以上 【身体症状等】 ウ 以下の項目のうち、2つ以上を満たす a 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に7日以上ある b 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある c 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く d 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 e 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 f 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する g 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（a～f以外）（抗HIV療法を実施している場合） h 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 i 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある j 医学的理由（注1）により抗HIV療法ができない状態である 【その他】 エ エイズ発症の既往歴がある

（注1）「医学的理由」とは、投薬による肝障害、白血球数減少などの副作用などの医学的事項によるものをいう。
（注2）「回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態」とは、エイズ合併症（「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）が採択した指標疾患としてあげられている合併症」）が回復不能に陥り、日常生活のほとんど全てが介助なしでは過ごすことができない状態をいう。

（改正後）

別添A（別紙２）
様式第１２０号の７

㊵ 国民年金 厚生年金保険 船員保険 共済年金

診断書 ［血液・造血器 その他 の障害］

（フリガナ）氏名		昭和 平成 年 月 日 生（ 歳）	男・女
住所	住所地の郵便番号	郡市区 町区村	
①障害の原因となった傷病名		②傷病の発生年月日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（年 月 日）
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て（年 月 日）
④傷病の原因又は誘因	初診年月日（昭和・平成 年 月 日）	⑤既存障害	⑥既往症
⑦傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。）かどうか。	傷病が治っている場合 ・・・・・・・治った日 平成 年 月 日 確認 推定		
	傷病が治っていない場合 ・・・・・・・症状のよくなる見込 有・無・不明		
⑧診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日（昭和・平成 年 月 日）			
⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項		診療回数 年間 回、月平均 回	手術歴 手術名（ ） 手術年月日（ 年 月 日）
⑩現在の症状、その他参考となる事項			

⑪計測（平成 年 月 日 測定）	身長	cm	体重	現在 kg / 健康時 kg	握力	右 kg / 左 kg	視力	右眼 裸眼 / 左眼 裸眼	矯正 / 矯正		
	視野		調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度	血圧	最大	mmHg	
					右耳	dB	%		最小	mmHg	
					左耳	dB	%				

⑫ 一般状態区分表（平成 年 月 日）（該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。）

ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの
イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など
ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の５０％以上は起居しているもの
エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の５０％以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの
オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの

障害の状態

⑬ 血液・造血器（平成 年 月 日現症）

1 臨床所見

（ア）自覚症状

疲労感	（無・有・著）
動悸	（無・有・著）
息切れ	（無・有・著）
発熱	（無・有・著）
関節症状	（無・有・著）
易感染性	（無・有・著）

（イ）他覚所見

リンパ節腫脹	（無・有・著）
出血傾向	（無・有・著）
紫斑	（無・有・著）
肝腫	（無・有・著）
脾腫	（無・有・著）

2 血液検査成績（平成 年 月 日）

（ア）末梢血液

赤血球	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ
ヘマトクリット	%
白血球	/μℓ
顆粒球	/μℓ
単球	%
リンパ球	/μℓ
病的細胞	‰
血小板	×万/μℓ
網赤血球数	‰
血清総蛋白	g/dℓ

（イ）骨髄

有核細胞	×万/μℓ
巨核球	/μℓ
赤芽球	%
顆粒球	%
リンパ球	%
病的細胞	‰
顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	

（ウ）出血傾向
出血時間（ 法） 分
APTT（基準値 秒） 秒

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量
回 計 mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量
回 計 mℓ
（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

5 造血幹細胞移植
無・有（平成 年 月 日）
経過（ ）

6 その他の所見

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

⑭ 免疫機能障害 （平成　年　月　日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	・・	・・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			

（現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入し、一番右の欄にはその平均値を記入してください。）

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
HIV-RNA量	コピー/mℓ		

（現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入してください。）

2．身体症状等

①１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に７日以上ある　（有・無）
②病態の進行のため、健常時に比し１０％以上の体重減少がある　（有・無）
③月に７日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２ヶ月以上続く　（有・無）
④１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）
⑤１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）
⑥動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する　（有・無）
⑦抗ＨＩＶ療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（①～⑥の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）　（有・無）
⑧生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活動上の制限が必要である　（有・無）
⑨１年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある　（有・無）
⑩医学的理由により抗ＨＩＶ療法ができない状態である　（はい・いいえ）

3．現在持続している副作用の状況

□ 代謝異常　□ 脂肪ジストロフィー　□ 肝障害　□ 腎障害　□ 精神障害　□ 神経障害
□ その他（薬剤名、服薬状況及び副作用の状況）

4．エイズ発症の既往の有無

有・無

5．回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態である

はい・いいえ

6．肝炎の状況 （□ 薬剤性 ・ □ B型 ・ □ C型 ・ □ その他（　　））（肝炎を発症している場合は必ず記載してください。）

（1）検査所見

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
血清アルブミン	g/dℓ		
AST（GOT）			
ALT（GPT）			
プロトロンビン時間	%		
	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

（2）臨床所見

食道静脈瘤　無・有（内視鏡による、X線造影による、その他（　））
肝硬変　無・有（代償性、非代償性）
肝細胞癌　無・有
肝性脳症　無・有（１年以内に発症したことがある）
腹水　無・有・著
消化管出血　無・有（１年以内に発症したことがある）

（※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用　無・有）

⑮ その他の障害 （平成　年　月　日現症）

1．症状

(1) 自覚症状

(2) 他覚所見

2．検査成績

（1）血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2）その他の検査成績

3 人工臓器等

(1) 人工肛門造設　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
(2) 尿路変更術　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
(3) 新膀胱造設　無・有　手術年月日：平成　年　月　日
(4) 自己導尿の常時施行　無・有　開始年月日：平成　年　月　日　終了年月日：平成　年　月　日
(5) 完全尿失禁状態　無・有（カテーテル留置：平成　年　月　日）
(6) その他の手術　無・有（　）平成　年　月　日

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力（必ず記入して下さい）	
⑰ 予後（必ず記入して下さい）	
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。　平成　年　月　日

病院又は診療所の名称　診療担当科名

所在地　医師氏名　印

別添A別紙3

【記載要領（医療機関配布用）】

ヒト免疫不全ウイルス感染症の障害認定に係る診断書の様式が一部変更となりました

医療機関においては、ヒト免疫不全ウイルス感染者から障害年金の裁定等に必要な診断書の作成の依頼を受けた場合には、次の点に留意され、診断書の記載漏れ等のなきようご協力をお願いします。

☆　氏名、生年月日、性別、住所、①～⑫欄、⑭、⑯、⑰欄は必ず記載してください。

＜留意事項＞

診断書表面

【②傷病の発生年月日】

①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の発生年月日を記載してください。

【③①のため初めて医師の診断を受けた日】

③欄についても、①欄の傷病が複数ある場合は、障害年金の支給を求める傷病およびその傷病と関連のある傷病のうち、最も古い傷病の初診年月日を記載してください。

【⑤既存障害】

【⑥既往症】

ヒト免疫不全ウイルス感染者の身体の状態を判断するため、ヒト免疫不全ウイルス感染症以外の既存障害（血友病性関節機能障害、肢体障害など）や既往症（例えば、血友病、慢性肝炎など）が存在する場合は、必ず⑤「既存障害」欄又は⑥「既往症」欄に記載してください。

【⑧診断書作成医療機関における初診時所見】

【⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項】

【⑩現在の症状、その他参考となる事項】

上記の「⑤既存障害」又は「⑥既往症」の傷病についても詳細に記載してください。

また、ニューモシスチス肺炎など日和見感染症等がある場合はその症状等とそれらの出現頻度等についても記載してください。

別添A

【記載要領（医療機関配布用）】

表面　〔記載例〕

① 障害の原因となった傷病名	後天性免疫不全症候群 血友病A 肝炎（慢性C型）	② 傷病の発生年月日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認 本人の申立て（　年　月　日）
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 ○年○月○日　診療録で確認 本人の申立て（　年　月　日）

④傷病の原因又は誘因	第Ⅷ因子製剤 初診年月日（昭和）平成　○年　○月　○日）	⑤既存障害	血友病性関節症	⑥ 既往症	溶血性貧血 血小板減少、反復性肺炎

⑦傷病が治った（症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。）かどうか	傷病が治っている場合　・・・・・・・治った日　平成　年　月　日　確認 推定 傷病が治っていない場合　・・・・・・・症状のよくなる見込　有・（無）・不明
⑧診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 （昭和・平成○年○月○日）	右膝関節内出血による膝関節の腫脹が悪化し、歩行制限あり。 前医によりABC/RTV/APV/EFVを処方されていたが、 精神症状、嘔気が強くなり、平成○年○月○日に前医に入院となり、抗ウイルス療法は中止となっていた。 当院転院当時、CD4　16、HIV-RNA量　4.0×10⁴コピーと免疫能低く、身体所見で頸部リンパ節の腫脹が見られた。
⑨現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	○年○月から抗ＨＩＶ薬3剤併用療法を開始したが、副作用が強く、○年○月に休薬した。 ＣＤ４値は３５０前後まで改善を認めていたが、休薬後、徐々に低下し、 ○年○月時点ではＣＤ４は２００を下回り、血小板減少も継続しており、 消耗状態が続き、易感染性を示していた。現在も月２回ほど通院し、治療を行っている。 診療回数　年間２４回、月平均　２　回 手術歴　手術名（　） 手術年月日（　年　月　日）
⑩現在の症状、その他参考となる事項	○年○月時点で上記のような体力消耗状態は継続していたため、軽労働でも身体への負担は大きかった。抗ＨＩＶ薬服用による消化器症状の副作用が著明であり、服用を中止せざるを得なかった。しかし、日和見感染症予防薬の服用は中止不可能であり、身体的負担のみならず、時間的・精神的制約や食生活への衛生的配慮など生活制限は大きかった。

【⑪計測】

身長、体重は必ず記載してください。また、視力障害を併発している場合は、視力や視野の検査結果も記載してください。

表面　〔記載例〕

⑪ 計測 （平成○年○月○日測定）	身長	175 cm	体重	現在 58.5 kg 健康時 75.5 kg	握力	右 18 kg 左 16 kg	視力	右眼	裸眼	0.1	矯正	1.5			
								左眼	裸眼	0.1	矯正	1.5			
	視野	欠損なし	調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度	血圧	最大	134 mmHg					
					右耳	dB	%		最小	60 mmHg					
					左耳	dB	%								

【⑫一般状態区分表】

・ヒト免疫不全ウイルス感染者の一般状態区分については、⑫欄に必ず記載してください。また、その際には検査数値、他の既往症、治療実績等を加味した上で該当する区分に記載してください。

表面　〔記載例〕

⑫ 一般状態区分表　（平成○年○月○日）（該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。）

ア　無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの

イ　軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの　例えば、軽い家事、事務など

ウ　歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の５０％以上は起居しているもの

（エ）　身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の５０％以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの

オ　身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの

【⑬血液・造血器】

血友病にも罹患している場合は、「1　臨床所見」、「3　輸血の回数及び総量」、「4　凝固因子製剤輸注の回数及び量」の欄を記載してください。

「2　血液検査成績」、「5　造血幹細胞移植」、「6　その他の所見」の欄は記載する必要はありません。

表面　　〔記載例〕

⑬ 血液・造血器　（平成○年○月○日現症）

1 臨床所見

（ア）自覚症状

疲労感	（無・(有)・著）
動悸	((無)・有・著）
息切れ	((無)・有・著）
発熱	（無・(有)・著）
関節症状	((無)・有・著）
易感染性	（無・(有)・著）

（イ）他覚所見

ﾘﾝﾊﾟ節腫脹	（無・(有)・著）
出血傾向	((無)・有・著）
紫斑	((無)・有・著）
肝腫	((無)・有・著）
脾腫	((無)・有・著）

3 輸血の回数及び総量

○回　　計　　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

○回　　計　　○○ mℓ

（平成○年○月○日 ～ 平成○年○月○日）

5. 造血幹細胞移植

無・有（平成　年　月　日）

経過（　　）

2 血液検査成績（平成　年　月　日）

（ア）末梢血液　　（イ）骨髄

赤血球	×万/μℓ	有核細胞	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	巨核球	/μℓ
ヘマトクリット	%	赤芽球	%
白血球	/μℓ	顆粒球	%
顆粒球	/μℓ	リンパ球	%
単球	%	病的細胞	‰
リンパ球	/μℓ	顆粒球（G）と赤芽球（E）との比（G/E）	
病的細胞	‰		
血小板	×万/μℓ		
網赤血球数	‰	（ウ）出血傾向	
血清総蛋白	g/dℓ	出血時間（　法）　分	
		APTT（基準値　秒）　秒	

（エ）その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

6 その他の所見

診断書裏面

【⑭免疫機能障害】

1．検査成績

ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入し、その２回の検査値の平均値も記載してください。検査を行った日付も必ず記載してください。

白血球数、ヘモグロビン量、血小板数、ＨＩＶ－ＲＮＡ量の測定値は、診断書の現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入してください。検査を行った日付も必ず記載してください。

2．身体症状等

日数、回数、数値、下痢や嘔吐などの症状の確認は、カルテに基づいて記載してください。

日常生活活動上の制限とは生鮮食料品の摂取制限以外に、生水の摂取禁止、脂質の摂取制

限、人混みの回避が含まれます。

3．現在持続している副作用の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者に対して投薬療法が行われ、現症日時点で持続している副作用が生じている時は、該当する項目にチェックをいれてください。

診断書に掲載している副作用の項目以外の副作用が生じている場合は、治療に使用した薬剤名、服薬及び副作用の状況について詳しく記載してください。

4．エイズ発症の既往の有無

診断書の現症日以前に、エイズを発症したことのある場合は「有」に○を、発症したことのない場合は「無」に○を付してください。

5．回復不能なエイズ合併症

エイズ合併症が回復不能に陥り、日常生活のほとんどが全面的な介護なしでは過ごすことができない状態をいいます。回復不能であるかどうかの判定は診断書作成医の判断でお願いします。

6．肝炎の状況

ヒト免疫不全ウイルス感染者が、肝炎を発症している場合は、肝炎のタイプにチェックを入れ、検査所見欄、臨床所見欄を記載してください。

なお、臨床所見欄の「腹水」は、治療により軽快する場合は「有」に○を、治療を行っても軽快しない場合は「著」に○を付してください。

裏面　〔記載例〕

⑭ 免疫機能障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．検査成績

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ	246	228	237

（現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入し、一番右の欄にはその平均値を記入してください。）

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
白血球数	/μℓ	4580	4650
ヘモグロビン量	g/dℓ	13．1	14．8
血小板数	万/μℓ	16．8	19．2
HIV-RNA量	コピー/mℓ	6.1×10^{3}	5.3×10^{1}

（現症日以前の４週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近２回の検査結果を記入してください。）

2．身体症状等

①１日１時間以上の安静臥床を必要とする程の強い倦怠感及び易疲労感が月に７日以上ある　（有・(無)）
②肉能の遂行のため、健常時に比し１０%以上の体重減少がある　（有・(無)）
③月に７日以上の不定の発熱（３８℃以上）が２ヶ月以上続く　（有・(無)）
④１日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）
⑤１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)）
⑥動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する　（有・(無)）
⑦抗ＨＩＶ療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（①～⑥の症状を除く）（抗ＨＩＶ療法を実施している場合）　（(有)・無）
⑧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）
⑨１年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ウイルスヘルペス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある　（有・(無)）
⑩医学的理由により抗ＨＩＶ療法ができない状態である　（はい・(いいえ)）

3．現在持続している副作用の状況
☐代謝異常 ☐脂肪ジストロフィー ☐肝障害 ☐腎障害 ☑精神障害 ☐神経障害
☐その他（薬剤名、服薬状況及び副作用の状況）

4．エイズ発症の既往の有無
有・(無)

5．回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態である
はい・(いいえ)

6．肝炎の状況　（☐薬剤性・☐B型・☑C型・☐その他（　））（肝炎を発症している場合は必ず記載してください。）

(1) 検査所見

検査項目＼検査日	単位	○・○・○	○・○・○
血清アルブミン	g/dℓ	0．0	0．0
AST（GOT）		00	00
ALT（GPT）		00	00
プロトロンビン時間	%	00	00
	延長秒	0	0
総ビリルビン（※）	mg/dℓ	0．0	0．0

(2) 臨床所見

食道静脈瘤　(無)・有　（内視鏡による、X線造影による、その他（　））
肝萎縮　(無)・有　（代償性、非代償性）
肝細胞癌　(無)・有
肝性脳症　(無)・有（１年以内に発症したことがある）
腹水　(無)・有・著
消化管出血　(無)・有（１年以内に発症したことがある）
（※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用　(無)・有）

【⑮その他の障害】

ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症、副作用により、悪性腫瘍（※）、精神疾患など、日常生活、社会生活に支障をきたしている他の疾患が見受けられる場合には、その状態についても記載してください。

（※カポジ肉腫、原発性脳リンパ腫、非ホジキンリンパ腫、浸潤性子宮頸癌、肛門癌、肺癌、ホジキンリンパ腫に限る）

【⑯現症時の日常生活活動能力及び労働能力】

現症時において、感染者の日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのかなどを具体的に記載してください。

【⑰予　後】

診断書作成時点において想定される予後を記載してください。不明である場合はその旨を記載してください。

裏面　〔記載例〕

⑮ その他の障害　（平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日現症）

1．症　状

(1) 自覚症状

○年○月、ホジキンリンパ腫を発症。

同年○月より薬物療法を行い、現在は寛解状態にあるが再発の可能性があり、経過観察中。

(2) 他覚所見

○年○月、頸部に腫脹があるのを自覚する。

寝汗がひどく、倦怠感もあった。

現在は落ち着きつつあるも、多少症状は残存している。

2．検査成績

(1) 血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
赤血球数	万/μl				
ヘモグロビン濃度	g/dl				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dl				
血清アルブミン	g/dl				

(2) その他の検査成績

3　人工臓器等

(1) 人工肛門造設　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日

(2) 尿路変更術　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日

(3) 新膀胱造設　無・有　手術年月日：平成　年　月　日

(4) 自己導尿の常時実行　無・有　開始年月日：平成　年　月　日　終了年月日：平成　年　月　日

(5) 完全尿失禁状態　無・有（カテーテル留置：平成　年　月　日）

(6) その他の手術　無・有（　　）平成　年　月　日

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力（必ず記入して下さい）	ＣＤ４値は２００を超えて回復してきているが、呼吸器感染症などを繰り返し、免疫不全状態は遷延している。抗Ｈ.ＩＶ薬の副作用による精神症状で抑うつ状態が出現し、薬疹による掻痒感もあり、日常生活に支障をきたしている。就労は困難な状態が続いている。
⑰ 予　後（必ず記入して下さい）	永続的に治療が必要である。
⑱ 備　考	