

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。

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日 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 4.0×10 ⁴ 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○月に休業した。 CD4値は350前後まで改善を認めていたが、休業後、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		
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。		手術 歴		手術名 () 手術年月日 (年 月 日)		

【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 左眼裸眼 0.1	矯正	1.5 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 最小 60 mmHg		

【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、肉体的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、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 (平成〇年〇月〇日現症)											
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 (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 <table border="1"> <tr> <td>CRP</td> <td>検査値</td> <td>LDH</td> <td>施設基準値</td> <td>検査値</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値					
CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値							
3 輸血の回数及び総量 〇回 計 〇〇 ml (平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日)	6 その他の所見										
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量 〇回 計 〇〇 ml (平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日)											
5 造血幹細胞移植 経過 (無・有 (平成 年 月 日))											

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週間以上の間隔に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週間以上の間隔に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がある場合は「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	○・○・○	○・○・○
CD4陽性Tリン球数	/μl	246	228	237
(現症日以前の4週間以上の間隔に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 ²	
(現症日以前の4週間以上の間隔に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日以上以上の発熱(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 (有・ ☒ 無)				
(①～⑦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 ☐ リポアトミー ☐ 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	☒ 有	(内視鏡による、X線造影による、その他 ())		
肝硬変	☒ 有	(代償性、非代償性)		
肝細胞癌	☒ 有			
肝性脳症	☒ 有	(1年以内に発症したことがある)		
腹水	☒ 有	著		
消化管出血	☒ 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 ☒ 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る、経過観察中。	2. 検 査 成 績 (1) 血液・生化学検査 <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単 位</th> <th>施設基準値</th> <th>...</th> <th>...</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>赤 血 球 数</td> <td></td> <td>万/μl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン濃度</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td></td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血 清 総 蛋 白</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (2) その他の検査成績	検査項目	検査日	単 位	施設基準値	...	...	...	赤 血 球 数		万/ μ l					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				
検査項目	検査日	単 位	施設基準値	...	...	...																																					
赤 血 球 数		万/ μ l																																									
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) 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。																																											
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)	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HIV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																																											