満60歳～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある人の

程度（身体障害者手帳１級同程度以上）にかかる意見書

被接種者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生（男・女）

住民登録住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

**ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害**により日常生活がほとんど不可能なもの

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次の①か②のいずれかに該当するもの

①ＣＤ四陽性Ｔリンパ球数が２００／μｌ以下で、次の項目（ａ～ｌ）のうち六項目以上が認められるもの。（該当するものに○）

ａ　白血球数について３，０００／μｌ未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く

ｂ　Ｈｂ量について男性１２ｇ／ｄｌ未満、女性１１ｇ／ｄｌ未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く

ｃ　血小板数について１０万／μｌ未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く

ｄ　ヒト免疫不全ウイルス－ＲＮＡ量について５，０００コピ－／ｍｌ以上の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して

二回以上続く

ｅ 一日一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七日以上ある

ｆ 健常時に比し１０％以上の体重減少がある

ｇ 月に七日以上の不定の発熱（３８℃以上）が二ヵ月以上続く

ｈ 一日に三回以上の泥状ないし水様下痢が月の七日以上ある

ｉ　一日に二回以上の嘔吐あるいは３０分以上の嘔気が月に七日以上ある

ｊ 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメ－バ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、

糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある

ｋ 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

ｌ 軽作業を越える作業の回避が必要である

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のもの

**主治医の意見**

以上により、被接種者のヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の程度は、身体障害者手帳１級と同程度以上に該当します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　 　　医師氏名

医療機関住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先