

満60歳～64歳で心臓・腎臓・呼吸器の機能又は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 \_\_\_\_\_

【心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の程度】（該当する□に医師がチェックすること）

- (1) **心臓機能障害**により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- ①次のいずれか二項目以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの（該当するものに○）
- a 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの（年 月 日 心胸比： \_\_\_\_\_）
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの（第 \_\_\_\_\_ 度）
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの（ \_\_\_\_\_ mV）
- h 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV1を除く。）のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- ②人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの
- (2) **腎臓機能障害**により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- 腎臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの
- （内因性クレアチンクリアランス値（ \_\_\_\_\_ ml/分） 血清クレアチニン濃度（ \_\_\_\_\_ mg/dl）  
慢性透析療法の実施の有無（回数 \_\_\_\_\_ 回/週、期間 \_\_\_\_\_）
- (3) **呼吸器機能障害**により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの
- 予測肺活量一秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量一秒率の測定ができないもの、予測肺活量一秒率が20以下のもの又は動脈血O<sub>2</sub>分圧が50Torr以下のもの。予測肺活量一秒率とは、一秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長）の組合せで正常ならば当然であると予測される肺活量の値）に対する百分率である。
- （予測肺活量（ \_\_\_\_\_ ml）一秒量（ \_\_\_\_\_ ml）予測肺活量一秒率（ \_\_\_\_\_ %）（年 月 日）room air・O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ ℓ  
動脈血ガス O<sub>2</sub>分圧 \_\_\_\_\_ Torr（年 月 日）  
臨床所見 \_\_\_\_\_
- (4) **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コピー/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）、赤痢アメーバ症、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、心臓・腎臓・呼吸器の機能又は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 \_\_\_\_\_