

満 60 歳～64 歳の者のヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害の程度  
(身体障害者手帳1級同等程度以上)にかかる意見書 (高齢者肺炎球菌定期予防接種用)

被接種者氏名 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生 (男・女)

住民登録住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 Tel \_\_\_\_\_

○過去に23価肺炎球菌ワクチン予防接種(商品名:ニューモバックスNP)を受けたことが (ある・ない)

【ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害の程度】(該当する□に医師がチェックすること)

- 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をいう。
- ①CD4陽性 Tリンパ球数が 200/ $\mu$ l 以下で、次の項目(a~l)のうち6項目以上が認められるもの。
- a 白血球数について 3,000/ $\mu$ l 未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2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4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- c 血小板数について 10 万/ $\mu$ l 未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2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4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- e 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が月に7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7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く
- h 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
- i 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
- 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、带状疱疹、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

接種医の意見

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機能の障害の程度は、身体障害者手帳1級と同程度に該当します。 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

予診票に添付して5年間保存