

## 高齢者帯状疱疹予防接種にかかる診断書（霧島市）

住 所 : 霧島市  
氏 名 :  
生年月日 : 年 月 日

### ■所見

#### ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

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に○をつけてください。

- (ア) CD四陽性Tリンパ球数が  $200/\mu\text{l}$  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
- 白血球数について  $3000/\mu\text{l}$  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
  - Hb 量について男性  $12\text{g/dl}$  未満、女性  $11\text{g/dl}$  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
  - 血小板数について  $10\text{万}/\mu\text{l}$  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
  - ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について  $5000\text{コピー}/\text{ml}$  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
  - 一日一時間以上の安静臥床をを必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が七日以上ある
  - 健常時に比し 10%以上の体重減少がある
  - 月に七日以上の不定の発熱 ( $38^{\circ}\text{C}$ 以上) が二ヶ月以上続く
  - 一日に三回以上の泥状ないし水溶性の下痢が月の七日以上ある
  - 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
  - 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、単純性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種等の日和見感染症の既往がある
  - 生鮮食料品の接種禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
  - 軽作業を超える作業の回避が必要である

(イ) 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

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印