

高齢者の帯状疱疹定期予防接種

60歳から65歳未満の接種対象者基準及び医師意見書

記入方法について

該当する項目について ○をつけてください。

添付書類等について

対象者であることを証明するものがが必要です。①～③のいずれか1つにより証明ください。

- ① 身体障害者手帳（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害に該当するもの）の写し添付（予診票の裏に糊付け）
- ② 意見書の記入
- ③ 診断書の添付（予診票の裏に糊付け）

◆ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害がある方

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者をいう。

1. CD四陽性Tリンパ球数が200/ μ l以下で、次の項目のうち6項目以上が認められる者。
 - ・ 白血球数について3,000/ μ 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。
 - ・ 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。
 - ・ 血小板数について10万/ μ 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。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
 - ・ 健常時に比し10%以上の体重減少がある。
 - ・ 月に7日以上の上の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
 - ・ 口腔内カンジタ症（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種等の日和見感染症の既往がある。
 - ・ 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。
 - ・ 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者。

※ 意見書

医師署名

印