

インフルエンザ予防接種にかかる診断書（霧島市）

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日

所見（いずれか該当するものに○をつけてください）

ア 心臓機能障害

- (ア) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己周辺の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返シアダムストークス発作が起こるもの
- a. 胸部エックス線所見で心臓比 0.60 以上のもの
 - 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2度以上の不完全完全房室ブロック所見があるもの
 - 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
 - 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
- (イ) ペースメーカを植え込み、自己の周辺の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

イ じん臓機能障害

内因性クレアチニ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、自己の周辺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

ウ 呼吸器機能障害

- a. 呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの
- b. 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
- c. 予測肺活量一秒率が 20 以下のものまたは動脈血 O₂ 分圧が 50Torr 以下のもの。

エ 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

- (ア) CD4 陽性 T リンパ球数が 200/μl 以下で、次の項目（a～l）のうち 6 項目以上に該当するもの
- a. 白血球数について 3,000/μl 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 11 g/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/μl 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. 一日 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 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 日以上の上の発熱（38℃以上）が 2 か月以上続く
 - h. 一日に 3 回以上の泥状ないし水溶性の下痢が月の 7 日以上ある
 - i. 一日に 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、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
 - k. 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
 - l. 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。

年 月 日

医療機関名

医師名

印