

被接種者名		生年月日	S	年	月	日
-------	--	------	---	---	---	---

満60～65歳未満（インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌）接種者であると認めます（下記の中から該当事由に○をつけてください）。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

1 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか2つ以上の所見、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・トークス発作が起こる。
- ア 胸部エックス線写真所見で心胸0.60以上のもの
 - イ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - ウ 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - エ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - オ 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
 - カ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数の欠損が10以上のもの
 - キ STの低下が0.2mV以上の所見があるもの
 - ク 心電図で第I誘導、第II誘導及び胸部誘導（ただしVI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、弁置換をおこなったもの。

2 腎臓機能障害

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。

3 呼吸器機能障害

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O₂分圧が50Torr以下のもの。予測肺活量一秒率とは、一秒率（最大吸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、身長を組み合わせて正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

4 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をいう。

- (1) CD四陽性Tリンパ球数が200/μl以下で、次の項目（ア～シ）のうち6項目以上が認められるもの。
- ア 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
 - イ 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
 - ウ 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
 - エ 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
 - オ 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
 - カ 健常時に比し10%以上の体重減少がある
 - キ 月に七日以上の不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く
 - ク 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月の7日以上ある
 - ケ 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
 - コ 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
 - サ 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
 - シ 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。

※予防接種のために必要な書類です。この目的以外の使用はしませんのでご了承ください。