

< 満 60 歳 ～ 65 歳 未 満 （ 帯 状 疱 疹 ） 被 接 種 者 該 当 事 由 書 >

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

満 60～65 歳未満（**带状疱疹**）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

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害（1 級相当）日常生活活動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。

- (1) C D 四陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 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 $3,000/\mu\text{l}$ 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
 - イ H b 量について男性 12 g/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
 - ウ 血小板数について $10\text{ 万}/\mu\text{l}$ 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
 - 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 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
 - カ 健常時に比し 10% 以上の体重減少がある
 - キ 月に 7 日以上 of 不定の発熱（ 38°C 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、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
 - 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。