

帯状疱疹予防接種 対象者証明書

氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	白浜町

☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

- ☐ (ア) 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
- ☐ a 白血球数について3, 0 0 0／ μ 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

☐ b H b 量について男性1 2 g／d l未満、女性1 1 g／d 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

☐ c 血小板数について1 0 万／ μ 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

☐ d ヒト免疫不全ウイルス－R N A量について5, 0 0 0コピー／m l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

☐ e 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7 日以上ある

☐ f 健常時に比し1 0 %以上の体重減少がある

☐ g 月に七日以上の不定の発熱（3 8℃以上）が二か月以上続く

☐ h 一日に三回以上の泥状ないし水様下痢が月の七日以上ある

☐ i 一日に二回以上の嘔吐あるいは3 0 分以上の嘔気が月に七日以上ある

☐ j 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腫等の日和見感染症の既往がある

☐ k 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

☐ l 軽作業を越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

上記に該当するため、帯状疱疹定期予防接種の対象となることを証明します。

年 月 日 医療機関名

医 師 名 _____ 印