

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳以上用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 令和 年 月 日

(1)及び(2)の検査((2)については、いずれか一つの検査)による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		令和 年 月 日	陽性・陰性

注 酸素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち一つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査名	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		令和 年 月 日	陽性・陰性
HIV病原検査の結果		令和 年 月 日	陽性・陰性

注 1 抗体確認検査とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

2 HIV病原検査とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

注 指標疾患とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため
介助なしでの日常生活

不 能 ・ 可 能

3 CD4陽性Tリンパ球数(／ μ l)

検査日	検査値	平均値
令和 年 月 日	／ μ l	
令和 年 月 日	／ μ l	／ μ l

注 左表には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右表にはその平均値を記載すること。

4 検査所見，日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
白血球数	/ μ l	/ μ l

検査日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
Hb量	g/dl	g/dl

検査日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
血小板数	/ μ l	μ l

検査日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
HIV-RNA量	copy/ml	copy/ml

注 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数 [個] ……①

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
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	有 ・ 無
健常時に比し10%以上の体重減少がある	有 ・ 無
月に7日以上の上の不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	有 ・ 無
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	有 ・ 無
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	有 ・ 無
「等級表解説」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある	有 ・ 無
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	有 ・ 無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有 ・ 無
日常生活活動制限の数 [個] ……②	

注1 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」，「脂質の摂取制限」，「長期にわたる密な治療」，「厳密な服薬管理」，「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

2 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不能 ・ 可能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値 (/ μ l)	/ μ l
検査所見の該当数 (①)	個
日常生活活動制限の該当数 (②)	個

注 用紙の大きさは、日本工業規格 A 列 4 とする。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳未満用)

1 HIV 感染確認日及びその確認方法

HIV 感染を確認した日 令和 年 月 日

小児の HIV 感染は、原則として次の(1)及び(2)の検査((2)については、いずれか一つの検査)により確認される。ただし、周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる検査時に生後 18 か月未満の小児については、(1)の検査に加えて、(2)の HIV 病原検査又は(3)の検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 日	検査結果
判 定 結 果		令和 年 月 日	陽性・陰性

注 酸素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち一つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検 査 名	検 査 日	検査結果
抗体確認検査の結果		令和 年 月 日	陽性・陰性
HIV病原検査の結果		令和 年 月 日	陽性・陰性

注 1 抗体確認検査とは、Western Blot 法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

2 HIV 病原検査とは、HIV 抗原検査、ウイルス分離、PCR 法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

検 査 日	令和 年 月 日
lgG	mg/dl

検 査 日	令和 年 月 日
全リンパ球数 (①)	/ μ l
CD4陽性Tリンパ球数 (②)	/ μ l
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合 (②/①)	%
CD8陽性Tリンパ球数 (③)	/ μ l
CD4/CD8比 (②/③)	/ μ l

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検 査 日	平成 年 月 日	免 疫 学 的 分 類
CD4 陽 性 T リンパ球数	/ μ l	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正常

注 「免疫学的分類」欄では「等級表解説」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無(既往を含む。)について該当する方を○で囲むこと。

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

注 「指標疾患」とは、「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」(厚生省エイズ動向委員会, 1999)に規定するものをいう。

イ 中等度の症状

臨床症状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症(<1,000/ μ l)	有・無
30日以上続く貧血(<Hb 8g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症(<100,000/ μ l)	有・無
1か月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無
生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・無
生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎,肺炎又は食道炎	有・無
生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有・無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎(1年以内に2回以上)	有・無
2回以上又は二つの皮膚節以上の帯状疱疹	有・無
細菌性の髄膜炎,肺炎又は敗血症	有・無
ノカルジア症	有・無
播種性水痘	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫	有・無
HIV腎症	有・無
臨床症状の数 [個]	

注 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

臨床症状	症状の有無
リンパ筋腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。)	有・無
肝腫大	有・無
脾腫大	有・無
皮膚炎	有・無
耳下腺炎	有・無
反復性又は持続性の上気道感染	有・無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有・無
反復性又は持続性の中耳炎	有・無
臨床症状の数 [個]	

注 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

注 用紙の大きさは、日本工業規格 A 列 4 とする。