

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(2)については、いずれか1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		年 月 日	陽性、陰性

注 酸素抗体法（ELISA）、粒子凝縮法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等のうち1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
抗体検査確認の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV 病原検査の結果		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」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
年 月 日	/ μ l	
年 月 日	/ μ l	/ μ l

注 「検査値」欄には、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、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1)検査所見

検 査 日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/ μ l	/ μ l

検 査 日	年 月 日	年 月 日
Hb 量	g/dl	g/dl

検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/ $\mu\ell$	/ $\mu\ell$

検査日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA 量	copy/m ℓ	copy/m ℓ

注 4週間以上の間隔に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) 日常生活活動の制限の状況

次の日常生活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日に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分以上の吐き気が月に7日以上ある。	有 ・ 無
「身体障害認定基準」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 「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。

2 「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」、「長期に渡る密な治療」、「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。

(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 ($\mu\ell$)	/ $\mu\ell$
検査所見の該当数 (①)	個
日常生活活動制限の該当数 (②)	個

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見（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 年 月 日

小児の HIV 感染は、原則として以下の(1)及び(2)の検査により確認される。(2)については、いずれか1つの検査による確認が必要である。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)のうち「HIV 病原検査の結果」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		年 月 日	陽性、陰性

注 酵素抗体法 (ELISA)、粒子凝集法 (PA)、免疫クロマトグラフィー法 (IC) 等のうち1つ1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又は他は HIV 病原検査の結果

	検査名	検査日	検査結果
抗体検査確認の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV 病原検査の結果		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。
 注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	年 月 日
1 g G	mg/d l

検査日	年 月 日
全リンパ球数 (①)	/μ l
CD 4 陽性 T リンパ球数 (②)	/μ l
全リンパ球数に対する CD 4 陽性 T リンパ球数の割合 ([②]/[①])	%
CD 8 陽性 T リンパ球数 (③)	/μ l
CD 4 / CD 8 比 ([②]/[③])	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検査日	年 月 日	免疫学的分類
CD 4 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 CD 4 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、「身体障害認定基準」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) 臨床病床

次の臨床病床の有無（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。

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲むこと。

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 2 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] ①	

注 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記入すること。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫膨脹（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] ②	

注7 「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。