

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 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として以下の(1)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちいずれか1つの検査による陽性確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の小児については、(1)の検査結果が陽性であって、かつ、(2)のうちのHIV病原検査が陽性であるか(3)の検査所見による確認のいずれかが必要である。

(1) HIV抗体スクリーニング検査法の結果

検査名	検査日	検査結果
	年 月 日	陽性 陰性

注1 「スクリーニング検査法」では、PA法、ELISA法、IC法等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査法	検査日	検査結果
抗体確認検査		年 月 日	陽性 陰性
HIV病原検査		年 月 日	陽性 陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western blot法、IFA法等の検査をいう。

注3 「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
IgG	mg / dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数()	/ μ l
CD4陽性Tリンパ球数()	/ μ l
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合([] / [])	%
CD8陽性Tリンパ球数()	/ μ l
CD4 / CD8比([] / [])	

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
CD4陽性Tリンパ球数	/ μl	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4 「免疫学的分類」欄では「八王子市身体障害認定基準障害程度等級表解説」第9ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害2の(2)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、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

注5 「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 (< $1,000 / \mu\text{l}$)	有 ・ 無
30日以上続く貧血 (< Hb 8 g / dl)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症 (< $100,000 / \mu\text{l}$)	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
H I V 腎症	有 ・ 無
臨床症状の数（ 個） ……	

注6 「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
リンパ節腫脹（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。