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、原則として次の(１)及び(２)の検査により確認される。  (２)については、いずれか一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感染  していたと考えられる検査時に生後18箇月未満の小児については、更に次の(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１　酵素抗体法（ＥＬＩＳＡ法）、粒子凝集法（ＰＡ法）、免疫クロマトグラフィー法（ＩＣ法）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 | | |  | | | | | 年　　月　　日 | | 陽性、陰性 | |
| ＨＩＶ病原検査の結果 | | |  | | | | | 年　　月　　日 | | 陽性、陰性 | |
| 注２　「抗体確認検査」とは、Ｗｅｓｔｅｒｎ　Ｂｌｏｔ法、蛍光抗体法（ＩＦＡ法）等の検査をいう。  　　３　「ＨＩＶ病原検査」とは、ＨＩＶ抗原検査及びウイルス分離、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（①） | | | | | ／μl | | | | | |
| ＣＤ４陽性Ｔリンパ球数（②） | | | | | ／μl | | | | | |
| 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） | | | | | ／μl | | | | | |
| ＣＤ４／ＣＤ８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 | | | |  | |
| 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４　「免疫学的分類」の欄では、「身体障害認定基準」（身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について（平成15年１月10日付け障発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙）第２の五の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  　　　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／μl） | | | | | | | | | | | 有・無 | | |
| 30日以上続く貧血（＜Ｈｂ８ｇ／dl） | | | | | | | | | | | 有・無 | | |
| 30日以上続く血小板減少症（＜100,000／μl） | | | | | | | | | | | 有・無 | | |
| １箇月以上続く発熱 | | | | | | | | | | | 有・無 | | |
| 反復性又は慢性の下痢 | | | | | | | | | | | 有・無 | | |
| 生後１箇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箇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箇月以前に発症したトキソプラズマ症 | | | | | | | | | | | 有・無 | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |
| ６箇月以上の小児に２箇月以上続く口腔咽頭ガンジダ症 | | | | | | | | | | | 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箇所以上で0.5cm以上。対称性は１箇所とみなす。） | | | | | | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | |