

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す。

(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つを行ってください。

(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1 「抗体確認検査」とは, Western Blot 法, 蛍光抗体法 (IFA) 等の検査をいいます。

注2 「HIV病原検査」とは, HIV抗原検査, ウイルス分離, PCR法等の検査をいいます。

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, 次に記入してください。

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います。

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 (μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	μl	μl
年 月 日	μl	

注 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記入し、
右欄にはその平均値を記入してください。

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	μl	μl

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	μl	μl

検 査 日	年 月 日	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してください。

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○で囲んでください。

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
「身体障がい認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい（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入してください。

注2 「生鮮食料品の摂取禁止」のほかに、「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します。

(3) 検査所見，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