

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）および（２）の検査により確認されます。
（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。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、さらに以下の（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。

（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 障がいの状況

(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	/ 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「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害(2)のイの(i)による程度を○で囲んでください。

(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○で囲んでください。

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。

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 8 g/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，肺炎または敗血症	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] ①	

注 6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記入してください。

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 0.5 cm 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入してください。