

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、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ある。

(1) HIV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 酸素抗体法（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）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 (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

区 分	検 査 値	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4 「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)による程度に該当するものを○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。）について該当するものを○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/ μ l)	有 ・ 無
30日以上続く貧血 (<Hb 8 g/d l)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ μ l)	有 ・ 無
1月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後1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月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無
6月以上の小児に2月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有 ・ 無

