

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

(1) 又は (2) のうちいずれか一つの検査による確認が必要である。

(1) HIV抗体検査方法及び結果

	検査法	検査日	検査結果
スクリーニング法による判定結果		年 月 日	陽性・陰性
確認法による判定結果		年 月 日	陽性・陰性

- 注1 スクリーニング法、確認法の双方の検査結果について記載すること。  
 注2 「スクリーニング法」では、PA法、ELISA法等のうち一つを行うこと。  
 注3 「確認法」では、Western blot法、IFA法のうちいずれかを行うこと。

(2) 病原検査の結果

検査名	検査日	検査結果
	年 月 日	

注4 「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。

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。

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	
年 月 日	/μℓ	

注6 左欄には、四週間以上間隔をおいて実施した連続する二回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見、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	検査日	年 月 日	年 月 日
白血球数	/μℓ	/μℓ	Hb量	g/dℓ	g/dℓ
検査日	年 月 日	年 月 日	検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	/μℓ	/μℓ	HIV-RNA量	copy/mℓ	copy/mℓ

注7 四週間以上の間隔をおいて実施した連続する二回以上の検査結果を記入すること。

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○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
一日に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日以上不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	有・無
一日に3回以上の泥状ないしは水様下痢が月に7日以上ある	有・無
一日に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
口腔内カンジダ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある	有・無
生鮮食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8 「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載する。

注9 「生鮮食品の摂取禁止」の他に、「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するものであること。

(3) 検査所見及び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 (μℓ)	/μℓ	
検査所見の該当数 ①	個	
日常生活活動制限の該当数 ②	個	

障害程度等級表

Table with 4 rows (Grade 1 to 4) and 2 columns. Left column: 障害程度 (Grade 1-4), 障害内容 (HIV infection criteria). Right column: 補足 (Additional criteria a-l). Includes criteria for CD4 counts, blood counts, and symptoms.

\*1 ヒト免疫不全ウイルス感染の確認方法 - HIVの抗体スクリーニング検査法 [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] の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性的場合にHIV感染症と診断する。

- \*2 CD4陽性Tリンパ球数の測定は、4週以上の間隔をおいた連続する2回の検査値の平均値のこれまでの最低値とする。
\*3 白血球数、Hb量、血小板数、ヒト免疫不全ウイルス-RNA量の測定における、4週以上の間隔をおいた連続する2回の検査の時期は、互いに一致している必要はなく、これまでの最低値とする。
\*4 期間・回数・症状等の確認 - 7日等の期間、一日3回等の回数、10%等の数値、下痢・嘔気・嘔吐・発熱の症状の確認は、カルテにもとづく医師の診断によるものとする。
\*5 エイズ合併症 - 「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)が採択した指標疾患としてあげられている合併症(裏面参照)
\*6 エイズ発症の診断基準 - HIV感染が認められた場合であって、指標疾患(23)の1つ以上が明らかに認められるときはAIDSと診断する。

身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳以上用)

Form for medical diagnosis and opinion. Fields include: 氏名 (Name), 住所 (Address), ① 障害名 (Disability Name: HIV infection), ② 原因となった疾病・外傷名 (Cause: Traffic, labor, etc.), ③ 疾病・外傷発生日 (Date/Location), ④ 参考となる経過・現症 (History/Current symptoms), ⑤ 総合所見 (Overall findings), ⑥ 将来再認定 (Future re-evaluation), ⑦ その他参考となる合併症 (Other comorbidities). Includes a section for medical opinion and signature.

※ 障害区分や等級決定のため、京都府又は京都府社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。

「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S 診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999)  
が採択した指標疾患

A. 真菌症

1. カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. コクシジオイデス症
  - ①全身に播種したもの。
  - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの。
4. ヒストプラズマ症
  - ①全身に播種したもの。
  - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの。
5. カリニ肺炎 (注) 原虫という説もある

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後)
7. クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの。)
8. イソスポラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの。)

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症 (13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの。)

- ①敗血症
- ②肺炎
- ③髄膜炎
- ④骨関節炎
- ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の腫瘍

10. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)

※11. 活動性結核 (肺結核又は肺外結核)

12. 非定型抗酸菌症
  - ①全身に播種したもの。
  - ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの。

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
14. 単純ヘルペスウイルス感染症
  - ①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの。
  - ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの。
15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

16. カボジ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫  
L S G分類により
  - ①大細胞型  
免疫芽球症
  - ②Burkitt型

※19. 浸潤性子宮頸癌

F. その他

20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PLHcomplex (13歳未満)
22. H I V 脳症 (痴呆又は亜急性脳炎)
23. H I V 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)

※C11活動性結核のうち肺結核及びE19浸潤性子宮頸癌については、H I Vによる免疫不全を示唆する症状又は所見が見られる場合に限る。