

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 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

- 1 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいう。
- 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 「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(/ μ l)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	/ μ l	
年 月 日	/ μ l	/ μ l

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回の検査値を記載し、
右欄にはその平均値を記載すること。

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	/ μ l	/ μ l

検 査 日	年 月 日	年 月 日
H b 量	g/dl	g/dl

検 査 日	年 月 日	年 月 日
血 小 板 数	/ μ l	/ μ l

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
1日に1時間以上の安静臥床 ^が を必要とするほどの強い倦怠感 ^{けんたい} 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 of 不定の発熱(38℃以上)が2箇月以上続く。	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
「千葉県身体障害認定基準」第9ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害1の(1)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載する。
- 2 「生鮮食料品の摂取禁止」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。

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