

病状報告（発症者健康管理手当用）

		個人番号		(記入不要)										
(1) 患者の氏名		性 別		(2) 年 齢										
		1. 男	2. 女	歳										
(3) 後天性免疫不全症候群の指標疾患														
診断方法														
<table border="1"> <tr> <td>1 鏡検（細胞または組織）</td> <td>4 血清学的検査（抗体測定等）</td> <td>7 X線検査</td> </tr> <tr> <td>2 培養等微生物学的手法</td> <td>5 抗原検査</td> <td>8 超音波またはCT</td> </tr> <tr> <td>3 内視鏡</td> <td>6 視診、聴診等日常の臨床検査</td> <td>9 その他</td> </tr> </table>						1 鏡検（細胞または組織）	4 血清学的検査（抗体測定等）	7 X線検査	2 培養等微生物学的手法	5 抗原検査	8 超音波またはCT	3 内視鏡	6 視診、聴診等日常の臨床検査	9 その他
1 鏡検（細胞または組織）	4 血清学的検査（抗体測定等）	7 X線検査												
2 培養等微生物学的手法	5 抗原検査	8 超音波またはCT												
3 内視鏡	6 視診、聴診等日常の臨床検査	9 その他												
診断方法は、1～9の該当番号（複数検査による場合は複数番号）を（ ）内に記入してください。														
疾患名			診断方法											
A. 真菌症														
1 カンジダ症 （食道、気管、気管支、肺）			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位											
2 クリプトコッカス症 （肺以外）			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：											
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）			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：											
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）			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：											
5 ニューモシスティス肺炎			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明											
B. 原虫症														
6 トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明											
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）			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明											
8 イソスポラ症 （1か月以上続く下痢を伴ったもの）			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明											
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膿瘍			1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：											

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)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
11	活動性結核 (肺結核または肺外結核)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
12	非結核性抗酸菌症 (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)	1. 有 () └ 部位 :	2. 無	3. 不明
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)	1. 有 () └ 部位 :	2. 無	3. 不明
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)	1. 有 () └ 部位 :	2. 無	3. 不明
15	進行性多巣性白質脳症	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
E. 腫瘍				
16	カボジ肉腫	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
17	原発性脳リンパ腫	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
18	非ホジキンリンパ腫 (L S G分類により ①大細胞型、免疫芽球型 ②Burkitt型)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
19	浸潤性子宮頸癌	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
F. その他				
20	反復性肺炎	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
21	リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成 : LIP/PLH complex (13歳未満)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
22	H I V脳症 (認知症または亜急性脳炎)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
23	H I V消耗性症候群 (全身衰弱またはスリム病)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
(4) 後天性免疫不全症候群にしばしば随伴すると言われる非特異的疾患				
1	アメーバ症	1. 有	2. 無	3. 不明
2	単純ヘルペス	1. 有	2. 無	3. 不明
3	帯状ヘルペス	1. 有	2. 無	3. 不明
4	その他のカンジダ感染症	1. 有 └ 部位 :	2. 無	3. 不明
5	その他 ()			

1	発熱	1. 有 期間： 程度：	2. 無 ～	3. 不明
2	急激な体重減少	1. 有 期間： 体重： kg → kg	2. 無 ～	3. 不明
3	慢性化した下痢	1. 有 期間：～ 程度：	2. 無	3. 不明
4	盗汗（ねあせ）	1. 有	2. 無	3. 不明
5	著しい疲労感	1. 有	2. 無	3. 不明
6	リンパ節腫脹（分離した3個以上）	1. 有	2. 無	3. 不明
7	関節痛／筋肉痛	1. 有	2. 無	3. 不明
8	精神集中力の低下	1. 有	2. 無	3. 不明
9	思考障害	1. 有	2. 無	3. 不明
10	記憶喪失（軽度を含む）	1. 有	2. 無	3. 不明
11	その他（ ）			

1 HIV感染の診断のための検査成績

検 査 法	スクリーニング検査法	
	PA	ELISA
判 定	＋ －	＋ －
判 定 日	年 月 日	年 月 日

2 臨床検査（頭部ＣＴ、脳波／心理テスト（知的障害者の場合には、知能指数または知能年齢）を含む。）

（８）自由記載欄

1 現病歴（抗ＨＩＶ薬による治療等も含む）

2 現 症

3 その他の検査所見（検査日 年 月 日）

(9) 備 考

上記のとおり診断します。

年 月 日

医師氏名

(診療科名)

医療機関名称

所 在 地 (〒 ー)

電話番号 ()

【記入要領】

- 1 この病状報告は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構から発症者健康管理手当の支給を受けようとする方が、その請求書に必ず添えなければならない書類の一つです。ただし、これまでに特別手当の支給を受けていた方は提出する必要がありません。
- 2 記入しきれない場合には、別紙に記入のうえ添付してください。
- 3 診断に当たっては、厚生労働省健康局で取りまとめた「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」に準拠してください。
- 4 調査研究事業により健康管理費用の支給を受けている場合は、「H I V 感染の診断のための検査成績」への記載は、当該事業への申請時の検査結果の記載で差しつかえありません。
- 5 その他、「有」とした後天性免疫不全症候群の指標疾患の症状、部位、発現期間、診断方法等について参考になることがあれば、備考欄に記入してください。
- 6 医師の捺印は不要です。

各種検査をされている場合は検査報告書の写しを、X線、CT、内視鏡等の撮影をされている場合は画像の写しを（可能であればCD等の電子媒体で）提供していただきますようお願いいたします。

病状報告（発症者健康管理手当用）

		個人番号	（記入不要）	
（１）患者の氏名	機 構 太 郎	性 別	（２）年 齢	
		①男 2. 女	40歳	

（３）後天性免疫不全症候群の指標疾患

診断方法

1 鏡検（細胞または組織）	4 血清学的検査（抗体測定等）	7 X線検査
2 培養等微生物学的手法	5 抗原検査	8 超音波またはCT
3 内視鏡	6 視診、聴診等日常の臨床検査	9 その他

診断方法は、1～9の該当番号（複数検査による場合は複数番号）を（ ）内に記入してください。

疾患名	診断方法
A. 真菌症	
1 カンジダ症 （食道、気管、気管支、肺）	① 有（1, 3, 6） 2. 無 3. 不明 部位：
2 クリプトコッカス症 （肺以外）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：
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）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：
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）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：
5 ニューモシスティス肺炎	① 有（1, 7, 8） 2. 無 3. 不明
B. 原虫症	
6 トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明
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）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明
8 イソスポラ症 （1か月以上続く下痢を伴ったもの）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明
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膿瘍	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：

- 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)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 11 活動性結核
(肺結核または肺外結核)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 12 非結核性抗酸菌症
(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)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
部位:
- 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)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
部位:
- 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)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
部位:
- 15 進行性多巣性白質脳症
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- E. 腫瘍
- 16 カポジ肉腫
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 17 原発性脳リンパ腫
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 18 非ホジキンリンパ腫
(L S G分類により
①大細胞型、免疫芽球型 ②Burkitt型)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 19 浸潤性子宮頸癌
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- F. その他
- 20 反復性肺炎
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 21 リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成: LIP/PLH complex
(13歳未満)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 22 HIV脳症
(認知症または亜急性脳炎)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 23 HIV消耗性症候群
(全身衰弱またはスリム病)
1. 有 () 2. 無 3. 不明

(4) 後天性免疫不全症候群にしばしば随伴すると言われる非特異的疾患

- 1 アメーバ症
1. 有 2. 無 3. 不明
- 2 単純ヘルペス
1. 有 2. 無 3. 不明
- 3 帯状ヘルペス
1. 有 2. 無 3. 不明
- 4 その他のカンジダ感染症
1. 有 2. 無 3. 不明
部位:
- 5 その他 ()

(5) 後天性免疫不全症候群を疑った時点の症状および徴候

- 1 発熱 1. 有 2. 無 3. 不明
 — 期間: ●●●●●●●● ~ ●●●●
 — 程度: 00.0 度~00.0 度
- 2 急激な体重減少 1. 有 2. 無 3. 不明
 — 期間: ~
 — 体重: kg → kg
- 3 慢性化した下痢 1. 有 2. 無 3. 不明
 — 期間: ~
 — 程度:
- 4 盗汗（ねあせ） 1. 有 2. 無 3. 不明
- 5 著しい疲労感 1. 有 2. 無 3. 不明
- 6 リンパ節腫脹（分離した3個以上） 1. 有 2. 無 3. 不明
- 7 関節痛／筋肉痛 1. 有 2. 無 3. 不明
- 8 精神集中力の低下 1. 有 2. 無 3. 不明
- 9 思考障害 1. 有 2. 無 3. 不明
- 10 記憶喪失（軽度を含む） 1. 有 2. 無 3. 不明
- 11 その他（臍下時に胸骨後部に疼痛有り。）
運動時に困難有り。

(6) 検査所見

1 HIV感染の診断のための検査成績

検査法	スクリーニング検査法	
	PA	ELISA
判定	+ —	+ —
判定日	●●●●年 ●月●日	●●●●年 ●月●日

検査法	抗体確認検査		HIV病原検査
	IF	WB	HIV-RNA
判定	⊕ -	⊕ -	*** コピー／ml
判定日	●●●●年●月●日	●●●●年●月●日	●●●●年●月●日

※HIV-RNA（+）の場合は、その遺伝子型（ ）

2 血液検査成績（検査日 ●●●●年●月●日）

白血球数 **** (／ μ L) 赤血球数 *** $\times 10^4$ (／ μ L)

リンパ球数 *** (／ μ L) 血小板数 *,* $\times 10^4$ (／ μ L)

CD4 ** (／ μ L) CD4／CD比 *,**

CD8 *** (／ μ L)

3 その他の血清学的検査所見

HCV抗体 (⊕ -) HCV-RNA (⊕ -)

(HCV抗体検査の世代等 ・ 2世代 ・ 3世代 ・ 凝集法)

4 その他の検査所見

●●●●年●月●日
 動脈血ガス分析 PaO₂ < **mmHg
 β-D-グルカン ***pg/ml

(7) 精神症状

1 精神所見

集中力の低下

2 臨床検査（頭部ＣＴ、脳波／心理テスト（知的障害者の場合には、知能指数または知能年齢）を含む。）

特に行っていない

（８）自由記載欄

1 現病歴（抗ＨＩＶ薬による治療等も含む）

●●●●年●月●日 血友病、ＨＩＶ陽性、ＨＣＶ陽性で当科紹介。

●●●●年●月●日 よりＡＺＴ＋３ＴＣ服用。

●●●●年●月●日 嚥下時に胸部後部に疼痛および●●●●年●月●日 **.*度発熱有り。

視診上、口腔・咽頭粘膜に白苔の付着および口蓋や舌の発赤斑を認める。

上部消化管内視鏡検査および幹部組織の顕微鏡検査によりカンジタを確認（検査結果および画像は別紙添付）。連続した白色の苔状のものが存在し、水で洗い流せないものであったので、食道カンジタ症と診断した。

アムホテリシンＢのシロップ剤の経口投与。●●●●年●月●日改善。

さらに、運動時に呼吸困難があったので、ＰＣＲ法によりPneumocystis jiroveciを確認。ＣＴで、び慢性の両側間質像増強を確認（検査結果および画像は別紙添付）。動脈血ガス分析でPaO₂< **mmHgであった。細菌性肺炎を認められなかったが、β－Ｄ－グルカンは***pg/mlで高値であった。これによりニューモシスティス肺炎と診断した。

ＣＤ４**/μLがHAART療法（３ＴＣ＋ｄ４Ｔ＋ＮＦＶ）によって、***/μL（●●●●年●月●日）となった。

ＳＴ合剤、レクチゾール１００mgを服用、ペンタミジン３mg/Hg＋ワッサー４０mL吸入。

●●●●年●月●日改善。

2 現 症

●●●●年●月●日

HAART療法（３ＴＣ＋ｄ４Ｔ＋ＮＦＶ）によってＣＤ４**/μL。

アムホテリシンＢのシロップ剤の経口投与により、食道カンジタ症治癒。

ＳＴ合剤、レクチゾール１００mgを処方、ペンタミジン３mg/Hg＋ワッサー４０mL吸入により、ニューモシスティス肺炎改善傾向にあり。

3 その他の検査所見（検査日 年 月 日）

(9) 備考

上記のとおり診断します。

●●●●年●月●日

医師氏名 □□ □□

(担当科名 血液内科)

医療機関名称

○○ 病院

所在地 (〒 * * * - * * * *)

東京都千代田区霞が関 * * - * * - * *

電話番号 * * * (* * *) * * * *

【記入要領】

- この病状報告は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構から発症者健康管理手当の支給を受けようとする方が、その請求書に必ず添えなければならない書類の一つです。ただし、これまでに特別手当の支給を受けていた方は提出する必要がありません。
- 記入しきれない場合には、別紙に記入のうえ添付してください。
- 診断に当たっては、厚生労働省健康局で取りまとめた「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」に準拠してください。
- 調査研究事業により健康管理費用の支給を受けている場合は、「HIV感染の診断のための検査成績」への記載は、当該事業への申請時の検査結果の記載で差しつかえありません。
- その他、「有」とした後天性免疫不全症候群の指標疾患の症状、部位、発現期間、診断方法等について参考になることがあれば、備考欄に記入してください。
- 医師の捺印は不要です。

各種検査をされている場合は検査報告書の写しを、X線、CT、内視鏡等の撮影をされている場合は画像の写しを（可能であればCD等の電子媒体で）提供していただきますようお願いいたします。