第3号様式

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害意見書

氏　名		男・女	生年月日	年　月　日 (満　歳)

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) HIV抗体検査方法及び結果

	検　査　法	検査結果	検　査　日
スクリーニング法による判定結果		陽　性・陰　性	年　月　日
確認法による判定結果		陽　性・陰　性	年　月　日

注1) スクリーニング法、確認法の両方の検査結果を記入してください。
2)「スクリーニング法」では、PA法、ELISA法等のうち一つを行ってください。
3)「確認法」では、Western blot法、IFA法のうちいずれかを行ってください。

(2) 病原検査の結果

検　査　名	検査結果	検　査　日
		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。

(3) 免疫学的検査所見

検　査　項　目	検査結果	検　査　日
IgG	mg／dl	年　月　日
全リンパ球数(①)	／μl	年　月　日
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])		

(注　1　(1)については、必ず記入してください。
2　母親からのHIV感染が疑われる15か月未満(検査時の月齢)の小児については、(2)又は(3)の結果も、必ず記入してください。
3　(1)、(2)、(3)については、最新の検査結果を記入してください。
4　この意見書は、「育成医療意見書」に添付してください。