

症例登録番号：

令和3年8月24日

第2.0版作成

HIV 感染妊婦から出生した児の症例報告用紙

調査にご協力いただきありがとうございます。

☆全症例共通項目（p2～6）にご回答頂いた後

- ・非感染症例（未確定・不明も含む）は「非感染児について」（p7～10）
- ・感染症例は「感染児について」（p11～18）
に回答用紙が分かります。

☆薬剤名と臨床病期・症状については別紙の一覧より番号を選択し
ご記入ください。

全症例共通項目

【報告機関について】		
1	報告医療機関名	
2	報告医師（問い合わせ先医師）	
3	問い合わせメールアドレス	
【報告症例について】		
◎児について		
4	児の記号による氏名	
5	児の生年月	年 月
6	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明
7	出生時の医療機関	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設（ ） <input type="checkbox"/> 不明
8	出生地（都道府県又は国名）	（ ） ※不明の場合は「不明」と記入
◎母親について		
9	母親の記号による氏名	
10	母親の生年月	年 月
11	母親の国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国（ ） <input type="checkbox"/> 不明 ※国名不明の場合は（ ）内に不明と記入
12	母親の HIV 感染判明時期	<input type="checkbox"/> 今回妊娠時（ 週） <input type="checkbox"/> 今回出産直後（※飛び込み分娩、未受診などで、HIV の検査結果が出産前に判明せず、出産後に陽性判明した場合） <input type="checkbox"/> 児の感染判明後 <input type="checkbox"/> 今回の妊娠以外の機会（次の質問へ） <input type="checkbox"/> 不明（☆）
	→「今回の妊娠以外の機会」の場合	<input type="checkbox"/> 以前の妊娠時 <input type="checkbox"/> 次子の妊娠時 <input type="checkbox"/> 保健所検査 <input type="checkbox"/> HIV 関連症状発症（エイズ発症） <input type="checkbox"/> その他（☆）
	☆印詳細及び その他特記事項	
◎家族構成について		
13	実父の国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国（ ） <input type="checkbox"/> 不明 ※国名不明の場合は（ ）内に不明と記入
14	実父の HIV 感染の有無	<input type="checkbox"/> 非感染 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 不明
15	兄弟姉妹の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 人） <input type="checkbox"/> 不明
16	→「あり」の場合 兄弟姉妹の HIV 感染の有無	非感染（ 人）・感染（ 人）・不明（ 人）
17	現在の養育者	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 母のみ <input type="checkbox"/> 父のみ <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明

◎分娩直前母体について（分娩前4週間以内）		
26	分娩直前ラボデータ	<input type="checkbox"/> なし（→35へ） <input type="checkbox"/> あり
27	検査時 妊娠週数	（ 週）
28	ヘモグロビン（g/dl）	（ g/dl）
29	リンパ球（%）	（ %）
30	リンパ球数（/μL）	（ /μL）
31	白血球数（/μL）	（ /μL）
32	CD4数（%）	（ %）
33	CD4数（/μL）	（ /μL）
34	ウイルス量 RNA	<input type="checkbox"/> TND（未検出） <input type="checkbox"/> TND~<20 <input type="checkbox"/> 20~<50 <input type="checkbox"/> 50~<200 <input type="checkbox"/> 200~<1000 <input type="checkbox"/> ≥1000
	ウイルス量実数（TND以外）	（ ）コピー/ml
◎分娩について		
35	分娩様式とその選択の理由	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 緊急帝王切開 <input type="checkbox"/> 予定（選択的）帝王切開 <input type="checkbox"/> 不明
	→経膈分娩	<input type="checkbox"/> 妊婦の希望 <input type="checkbox"/> 帝切分娩に間に合わなかった <input type="checkbox"/> 分娩後に感染が判明した <input type="checkbox"/> その他（ ）
	→緊急帝王切開	<input type="checkbox"/> 胎児機能不全 <input type="checkbox"/> 破水 <input type="checkbox"/> 切迫子宮破裂 <input type="checkbox"/> 陣痛発来 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	→予定（選択的）帝王切開	<input type="checkbox"/> 既往帝切 <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
36	陣痛について（経膈分娩のみ）	<input type="checkbox"/> 自然陣痛 <input type="checkbox"/> 誘発陣痛 <input type="checkbox"/> 陣痛なし <input type="checkbox"/> 不明
37	破水について	<input type="checkbox"/> 陣痛開始前に自然破水 <input type="checkbox"/> 陣痛開始後に自然破水 <input type="checkbox"/> 人工破膜 <input type="checkbox"/> 帝王切開（破水なし） <input type="checkbox"/> 不明
38	破水から分娩までの時間 ※「帝王切開」「不明」選択時は不要	<input type="checkbox"/> （ 時間 分）
39	羊水混濁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
40	分娩時の点滴	<input type="checkbox"/> 投与なし <input type="checkbox"/> AZT 投与あり <input type="checkbox"/> その他投薬あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明

◎出生した児について		
41	在胎週数	<input type="checkbox"/> わかる (週 日) <input type="checkbox"/> 不明
42	出生児の体重	<input type="checkbox"/> わかる (g) <input type="checkbox"/> 不明
43	アプガースコア 1分	<input type="checkbox"/> わかる (点) <input type="checkbox"/> 不明
44	アプガースコア 5分	<input type="checkbox"/> わかる (点) <input type="checkbox"/> 不明
45	新生児期の異常	<input type="checkbox"/> あり (病名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
46	奇形(体表奇形・心骨奇形含む)	<input type="checkbox"/> あり (病名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

【新生児期の扱いについて】

47	新生児期における抗 HIV 薬の投与	<input type="checkbox"/> なし (→52 へ) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 (→52 へ)
<p>※HIV 陽性児の場合は判明前までの投薬を選択してください※ (陽性判明後の投薬は「感染児について」のページにご記載ください)</p>		
48	薬剤名 1 (※1 剤のみ選択)	<input type="checkbox"/> レトロビル/AZT <input type="checkbox"/> レトロビル静注/AZT <input type="checkbox"/> エピビル/3TC <input type="checkbox"/> ピラミューン/NVP <input type="checkbox"/> アイセントレス/RAL <input type="checkbox"/> その他 ()
	薬剤 1 について	◎投与量 () mg/kg/日 ※1 日量でお答え下さい ◎投与回数 1日 () 回 ◎投与期間 生後 () 日～ () 日
49	薬剤名 2 (※1 剤のみ選択)	<input type="checkbox"/> レトロビル/AZT <input type="checkbox"/> レトロビル静注/AZT <input type="checkbox"/> エピビル/3TC <input type="checkbox"/> ピラミューン/NVP <input type="checkbox"/> アイセントレス/RAL <input type="checkbox"/> その他 ()
	薬剤 2 について	◎投与量 () mg/kg/日 ※1 日量でお答え下さい ◎投与回数 1日 () 回 ◎投与期間 生後 () 日～ () 日
50	薬剤名 3 (※1 剤のみ選択)	<input type="checkbox"/> レトロビル/AZT <input type="checkbox"/> レトロビル静注/AZT <input type="checkbox"/> エピビル/3TC <input type="checkbox"/> ピラミューン/NVP <input type="checkbox"/> アイセントレス/RAL <input type="checkbox"/> その他 ()
	薬剤 3 について	◎投与量 () mg/kg/日 ※1 日量でお答え下さい ◎投与回数 1日 () 回 ◎投与期間 生後 () 日～ () 日

51	薬剤名 4 (※1 剤のみ選択)	<input type="checkbox"/> レトロビル/AZT <input type="checkbox"/> レトロビル静注/AZT <input type="checkbox"/> エピビル/3TC <input type="checkbox"/> ビラミューン/NVP <input type="checkbox"/> アイセントレス/RAL <input type="checkbox"/> その他 ()
	薬剤 4 について	◎投与量 () mg/kg/日 ※1 日量でお答え下さい ◎投与回数 1日 () 回 ◎投与期間 生後 () 日～ () 日
52	母乳の投与について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (生後 ヶ月まで) <input type="checkbox"/> 不明

【児の HIV 感染有無について】

53	感染の有無	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 非感染 <input type="checkbox"/> 未確定 (※) <input type="checkbox"/> 不明 ※「未確定」の定義・・・生後 1 ヶ月以降および 4 ヶ月以降の少なくとも 2 回以上の HIV-RNA 検査で陰性が証明されていないが感染も確認されていない状態
54	診断確定時期 (感染・非感染のみ)	(歳 ヶ月 日) (※) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
55	現在までの検査状況① RNA-PCR 検査	<input type="checkbox"/> 施行 (回) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明 最終検査 (※) (歳 ヶ月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
56	現在までの検査状況② HIV 抗体検査	<input type="checkbox"/> 施行 (回) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明 最終検査 (※) (歳 ヶ月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入

※「**感染**」を選択された場合は 11 ページ以降の「**感染児について**」の用紙にお進みください。

※「**非感染**」「**未確定**」「**不明**」を選択された場合は次ページ「**非感染児について**」にお進みください。

62	好中球減少 *好中球 1500/μl以下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢（※）（ 歳 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 好中球最低値（ /μl） <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> G-CSF <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
63	血小板減少 *新生児期 100,000/μl未滿、 それ以外は 150,000/μl未滿	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢（※）（ 歳 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 血小板最低値（ /μl） <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
64	乳酸持続高値 (>25 mg/dl)	<input type="checkbox"/> あり（乳酸値 mg/dl） →ありの場合その検査日と検査時の年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢（※）（ 歳 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	乳酸持続高値→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明

65	運動発達障害	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
66	精神発達障害	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
67	2回以上の痙攣	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 熱性 <input type="checkbox"/> 無熱性 <input type="checkbox"/> 不明） →（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
68	麻痺	<input type="checkbox"/> あり→（ <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他） →（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
69	ミオパチー	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
70	心疾患	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
71	1歳未満の死亡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合→SIDS（乳幼児突然死症候群）の有無 <input type="checkbox"/> あり（発症日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
72	ALTE（乳幼児突然性危篤状態）及びBRUE	<input type="checkbox"/> あり（発症日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
73	頭部CTorMRI	<input type="checkbox"/> 施行 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	→施行の場合	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI 施行年月日（ 年 月 日） 所見（ ）

74	知能検査異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	→あり・なしの場合 検査種類 検査施行年月日 検査結果所見	<input type="checkbox"/> 新版K式 <input type="checkbox"/> WISC <input type="checkbox"/> WPPSI <input type="checkbox"/> その他 () 検査施行年月日 (年 月 日) 検査所見 ()
75	成長障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合	体重 (kg) (SD) 身長 (cm) (SD) 検査施行年月日 (年 月 日)
76	その他疾患	<input type="checkbox"/> あり (詳細) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
【児の状況について・その他】		
77	養育上（教育・家族）の問題点	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合詳細	<input type="checkbox"/> 発達発育異常 <input type="checkbox"/> 母子水平感染 <input type="checkbox"/> 集団生活での怪我の処置 <input type="checkbox"/> その他 ()
78	その他特記事項（自由記載）	

質問は以上です。
ご協力いただきありがとうございました。

感染児について

【児の最終観察日について】		
79	児の最終観察日と年齢	観察日（ 年 月 日） 生後（※）（ 年 月 日） <small>※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入</small>
80	最終観察日の児の身長	（ c m） <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 不明
81	最終観察日の児の体重	（ k g） <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 不明
82	児の生存確認	<input type="checkbox"/> 生存（※） <small>※現在フォロー中で、死亡が確認されていない児も含む</small> <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日： 死亡理由： ） <input type="checkbox"/> 追跡不能
	→追跡不能の理由	<input type="checkbox"/> 終診（医師の判断で通院が終了） <input type="checkbox"/> 自己中断（医師の了承なしに通院が終了） <input type="checkbox"/> 転院（病院名 ） <input type="checkbox"/> 帰国 <input type="checkbox"/> 不明
【新生児～最終観察日の状況】		
83	貧血 <small>※早期新生児期（生後7日まで）：13g/dl以下、日齢7～生後6か月まで：10g/dl以下。 ※低出生体重児の場合 生後1～3か月まで：8g/dl以下、 生後6か月～6歳まで：11g/dl以下、 6歳～12歳まで：12g/dl以下</small>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり・なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢（※）（ 歳 月 日） <small>※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入</small> Hb 最低値（ g/dl） <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	貧血あり→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 鉄剤投与 <input type="checkbox"/> エリスロポエチン投与 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
	貧血あり→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明

84	好中球減少 *好中球 1500/μl 以下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢（※）（ 歳 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 好中球最低値（ /μl） <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> G-CSF <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
	好中球減少あり→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
85	血小板減少 *新生児期 100,000/μl 未満、 それ以外は 150,000/μl 未満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →あり、なしの場合その検査日と検査時年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢（※）（ 歳 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 血小板最低値（ /μl） <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→治療法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
	血小板減少→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
86	乳酸持続高値 (>25 mg/dl)	<input type="checkbox"/> あり（乳酸値 mg/dl） →ありの場合その検査日と検査時の年齢 検査日（ 年 月 日） 年齢（ 歳 ヶ月 日）（※） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	乳酸持続高値→抗ウイルス薬投与	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止（そのまま終了） <input type="checkbox"/> 中断（回復後再開） <input type="checkbox"/> 終了後 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明

87	運動発達障害	<input type="checkbox"/> あり（詳細 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明）
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
88	精神発達障害	<input type="checkbox"/> あり（詳細 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明）
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
89	2回以上の痙攣	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 熱性 <input type="checkbox"/> 無熱性 <input type="checkbox"/> 不明） →（詳細 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明）
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
90	麻痺	<input type="checkbox"/> あり→（ <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他） →（詳細 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明）
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
91	ミオパチー	<input type="checkbox"/> あり（詳細 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明）
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
92	心疾患	<input type="checkbox"/> あり（詳細 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明）
	→ありの場合その後の状況	<input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明
93	1歳未満の死亡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合→SIDS（乳幼児突然死症候群）の有無 <input type="checkbox"/> あり（発症日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
94	ALTE（乳幼児突然性危篤状態）及びBRUE	<input type="checkbox"/> あり（発症日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
95	頭部CTorMRI	<input type="checkbox"/> 施行 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	→施行の場合	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI 施行年月日（ 年 月 日） 所見（ ）

96	知能検査異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	→あり・なしの場合 検査種類 検査施行年月日 検査結果所見	<input type="checkbox"/> 新版K式 <input type="checkbox"/> WISC <input type="checkbox"/> WPPSI <input type="checkbox"/> その他（ ） 検査施行年月日（ 年 月 日） 検査所見（ ）
97	成長障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査未施行 <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合	体重（ kg）（ SD） 身長（ cm）（ SD） 検査施行年月日（ 年 月 日）
98	その他疾患	<input type="checkbox"/> あり（詳細 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

【HIV 感染の診断時の状況について】 ※他院で診断された場合、貴院での初診時の状況

99	診断時の年齢	生後（※）（ 年 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
100	診断契機	<input type="checkbox"/> 次子妊娠初期スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 家族の HIV 感染判明後 →判明発端者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 （詳細 ） <input type="checkbox"/> 母体出生児のフォローアップの経過中 → <input type="checkbox"/> 妊娠前 <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 週） <input type="checkbox"/> 出産直後 <input type="checkbox"/> 児の HIV/AIDS 発症 （詳細 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
◎HIV 母子感染予防策について		
101	妊娠中のスクリーニング 検査実施	<input type="checkbox"/> あり（ 週） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	→「あり」の場合判定結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明

102	HIV 母子感染予防策の実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	→「あり」の場合実施内容 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 妊娠中母体への抗 HIV 薬投与 <input type="checkbox"/> 帝王切開による分娩 <input type="checkbox"/> 分娩中の AZT 投与 <input type="checkbox"/> 新生児への抗ウイルス薬予防投与 <input type="checkbox"/> 母乳の禁止
◎児の HIV 感染診断時の症状について		
103	症状または診断	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状あり →具体的な症状・診断名 (別紙一覧より選択) () <input type="checkbox"/> 不明
104	臨床病期 CDC	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明
105	臨床病期 CDC 特記事項	

【HIV 感染診断時ラボデータ】 ※他院で診断された場合、貴院での初診時のラボデータ

106	採血日と採血時年齢	採血日 (年 月 日) 年齢 (※) (年 ヶ月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
107	リンパ球 (%)	(%) <input type="checkbox"/> 不明
108	リンパ球数 (/μL)	(/μL) <input type="checkbox"/> 不明
109	白血球数 (/μL)	(/μL) <input type="checkbox"/> 不明
110	CD4 数 (%)	(%) <input type="checkbox"/> 不明
111	CD4 数 (/μL)	(/μL) <input type="checkbox"/> 不明
112	HIV ウイルス量 RNA	<input type="checkbox"/> TND (未検出) <input type="checkbox"/> TND~<20 <input type="checkbox"/> 20~<50 <input type="checkbox"/> 50~<200 <input type="checkbox"/> 200~<1000 <input type="checkbox"/> ≥1000
	ウイルス実数 (TND 以外)	() コピー/ml

【最終観察時の状況（現在の状況）について】

113	最終観察日と年齢	最終観察日（ 年 月 日） 生後（※）（ 年 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
114	症状または診断	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状あり →具体的な症状・診断名（別紙一覧より選択） （ ） <input type="checkbox"/> 不明
115	臨床病期CDC	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明
116	臨床病期 CDC 特記事項 別紙「臨床病期一覧」参照	

【最終観察時ラボデータ】

117	採血日と採血時年齢	採血日（ 年 月 日） 生後（※）（ 年 ヶ月 日） ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入
118	リンパ球（%）	（ %） <input type="checkbox"/> 不明
119	リンパ球数（/ μ L）	（ / μ L） <input type="checkbox"/> 不明
120	白血球数（/ μ L）	（ / μ L） <input type="checkbox"/> 不明
121	CD4数（%）	（ %） <input type="checkbox"/> 不明
122	CD4数（/ μ L）	（ / μ L） <input type="checkbox"/> 不明
123	HIV ウイルス量 RNA	<input type="checkbox"/> TND（未検出） <input type="checkbox"/> TND~<20 <input type="checkbox"/> 20~<50 <input type="checkbox"/> 50~<200 <input type="checkbox"/> 200~<1000 <input type="checkbox"/> \geq 1000
	ウイルス実数（TND 以外）	（ ）コピー/ml

【治療について】

124	現在の治療の状況	<input type="checkbox"/> 治療中→薬剤名記入へ <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 不明
	→未治療の理由	<input type="checkbox"/> 家族の拒否 <input type="checkbox"/> 児の内服困難 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 導入準備中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	→中止の理由	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 <input type="checkbox"/> 治療効果不良 <input type="checkbox"/> 薬剤耐性出現 <input type="checkbox"/> 副作用出現 <input type="checkbox"/> 家族の拒否 <input type="checkbox"/> 児の内服困難 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※別紙一覧をより 1 剤ずつ薬剤を選択して下さい

125	HIV 薬剤名-1	() ※1 剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
126	HIV 薬剤名-2	() ※1 剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
127	HIV 薬剤名-3	() ※1 剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
128	HIV 薬剤名-4	() ※1 剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
129	HIV 薬剤名-5	() ※1 剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後 (年 力月 日) ※1 ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明

130	HIV 薬剤名-6	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
131	HIV 薬剤名-7	() ※1剤のみ記入
	開始	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 不明
	終了	<input type="checkbox"/> 生後(年 力月 日) ※1ヶ月未満の場合のみ「日」まで記入 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 不明
132	その他の主要治療薬剤 (例: ST 合剤)	
【感染の告知について】		
133	感染児への告知の有無	<input type="checkbox"/> あり(告知時の年齢 歳) →児の反応() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
134	周囲への告知の有無	<input type="checkbox"/> あり(児の年齢 歳) →どこへ?() →周囲の反応() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
【児の状況について・その他】		
135	養育上(教育・家族)の問題点	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	ありの場合詳細	<input type="checkbox"/> 発達発育異常 <input type="checkbox"/> 母子水平感染 <input type="checkbox"/> 集団生活での怪我の処置 <input type="checkbox"/> その他()
136	その他特記事項(自由記載)	

質問は以上です。
ご協力いただきありがとうございました。