

様式 1 凝固因子製剤によるHIV感染例(2023.5.31現在生存例)

記載医師名: _____ 施設名・診療科: _____

2023年 月 日 記載

同意に関する確認 (以下1~3のいずれかに○) 1. 文書または口頭同意の記録あり 2. オプトアウトの実施により、拒否の意思表示なし 3. 拒否(疾患名のみ記入) ⇒	施設整理番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 平・令 / 西暦
	現住所	都・道・府・県
疾患名		()

★同意拒否の場合、以下の項目には記入しないでください。

性別	男・女	喫煙習慣	現在あり・過去にあり・なし・不明
2023年5月31日時点の状況	1. 入院/通院中 2. 介護老人ホーム等への入所 3. 転入/転出() 4. 不明		

他施設への通院の有無: あり (施設名) ・ なし

治療を要する次の疾患の有無 (複数回答可)	1. なし 2. 糖尿病 3. 高血圧症 4. 高脂血症 5. 透析を要する腎不全 6. 不明
-----------------------	--

次の疾患の既往の有無(複数回答可) 1. なし 2. 脳梗塞 3. 心筋梗塞 4. その他血栓症 5. 不明

頭蓋内出血	生後1週間以内に (あり・なし)	1回目 () 歳 () ケ月	後遺症 あり・なし
	生後1週間以降に出血「あり」の時は年齢を右記に記入。	2回目 () 歳 () ケ月	
	生後1週間以降に (あり・なし)	3回目 () 歳 () ケ月	

感染ルート (口に入れ詳細記入)	<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明)
	<input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明)
	<input type="checkbox"/> VWD 先天性の血友病、VWDを除く凝固因子異常・阻止因子異常および後天性の血友病・VWDを指す
	<input type="checkbox"/> 類縁疾患(病名:)
	<input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常症に対しての凝固因子製剤によるHIV感染

インヒビターについて(血友病のみ(後天性血友病は除く)) 該当の番号に○または詳細を記入
0. インヒビター歴なし 1. 現在インヒビターあり(0.6BU以上) →その値()BU
2. インヒビターは過去にあったが現在はない(0.6BU未満)→(1. ITIで消失 2. 自然消失 3. 詳細不明)

免疫寛容療法(ITI)について (1. 現在あるいは過去に施行 2. 未施行 3. 不明)
ITIの効果は (1. 成功 2. 失敗 3. 導入中で判定できない 4. 不明)

バイパス製剤による予防投与 (1. 定期的に施行 2. 不定期で施行 3. 行わない 4. 不明)

定期的な出血抑制治療の有無 (2023年5月31日時点における状況)	1. あり 2. なし 3. 不明
↓ 「あり」の場合は以下のいずれかを選択してください。	
1. 凝固因子製剤による定期補充療法	2. ヘムライブラ等non-factor製剤による定期投与

家庭療法の有無	あり (本人 保護者 訪問看護師 その他) ・ なし
2022年6月1日~2023年5月31日に使用した凝固因子製剤ならびに治療 (該当する番号に○、複数回答可)	
1. クロスエイトMC 2. コンファクトF 3. コンコエイトHT 4. アドベイト 5. ノボエイト 6. イロクテイト 7. アディノベイト 8. コバルトトリイ 9. エイフスチラ 10. ジビイ 11. イスパロクト 12. ヌーイック 13. ノバクトM 14. クリスマシンM 15. PPSB-HT 16. ベネフィクス 17. オルプロロクス 18. イデルピオン 19. レフィキシア 20. ファイバ 21. ノボセブンHI 22. バイクロット 23. ヘムライブラ 24. ボンベンディ 25. その他() 26. 血友病の治療薬 27. 遺伝子治療の治療 28. 使用なし	

エイズ発症の有無と発症時期(過去の発症を含む) 未発症 ・ 発症 ・ 不明

発症時期: 西暦 / (昭・平・令) 年 月 発症 ・ 発症時期不明

2022年6月から2023年5月までの期間に罹患したエイズ関連の日和見疾患(別紙診断基準参照、複数回答可)
1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23

CD4陽性リンパ球数 () / μL
(2023年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの)

血中HIV-RNA量(TaqMan法) (2023年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの)
1. 検出感度未満 2. 20あるいは40未満で検出 3. 20あるいは40~1,000コピー/mL未満
4. 1,000~10,000コピー/mL未満 5. 10,000コピー/mL以上

抗HIV薬による治療の状況(2023年5月31日現在)
1. HIV薬による治療中 2. HIV薬による治療は中止している
3. 他施設も含めて使用歴なし 4. 詳細不明

慢性腎臓病(CKD)の有無 あり・なし・不明 骨粗しょう症の有無 あり・なし・不明

肝炎の有無とその病期	1. なし 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 8. 治療により治癒 9. 自然治癒 10. 肝臓移植後
------------	---

上記肝疾患の要因 1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明

HCVの感染歴: 1. あり(ありの場合は下の質問に進んでください。) 2. なし 3. 不明

HCV抗体の有無: 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化 5. 自然に陰性化

現在のHCVウイルスの検出状況(TaqMan法)
1. 検出せず 2. 検出あり 3. 不明/未検査 Genotype()

2022年6月1日~2023年5月31日の期間で、肝疾患治療に用いた薬剤をお答えください
*DAA: 直接作用型抗ウイルス薬 (該当番号に○、複数回答可。)
0. 使用なし 1. 肝庇護剤(強ミノC、ウルソなど) 2. インターフェロン(+リバビリン)
3. DAA*+インターフェロン+リバビリン3剤併用 4. DAA*(インターフェロン併用なし)

様式3 血友病および類縁疾患のHIV非感染例(2023.5.31現在生存例)

記載医師名:

施設名・診療科:

2023年 月 日 記載

今年度、新規の報告症例ですか？	1. はい	2. いいえ
同意に関する確認 (以下1~3のいずれかに○)	施設整理番号	
1. 文書または口頭同意の記録あり	生年月日	明・大・昭 平・令 / 西暦 年 月 日生
2. オプトアウトの実施により、拒否の意思表示なし	現住所	都・道・府・県
3. 拒否(疾患名のみ記入) ⇒	疾患名	()

☆同意拒否の場合、以下の項目には記入しないでください。

性別	男・女	喫煙習慣	現在あり・過去にあり・なし・不明
2023年5月31日時点の状況	1. 入院/通院中	2. 介護老人ホーム等への入所	3. 転入/転出() 4. 不明
他施設への通院の有無:	あり (施設名)	なし	

治療を要する次の疾患の有無(複数回答可)	1. なし	2. 糖尿病	3. 高血圧症	4. 高脂血症	5. 透析を要する腎不全	6. 不明
----------------------	-------	--------	---------	---------	--------------	-------

次の疾患の既往の有無(複数回答可)	1. なし	2. 脳梗塞	3. 心筋梗塞	4. その他血栓症	5. 不明
頭蓋内出血	生後1週間以内に(あり・なし)	1回目()歳()ヶ月	後遺症	あり・なし	
	生後1週間以降に出血「あり」の時は年齢を右記に記入。	2回目()歳()ヶ月			
	生後1週間以降に(あり・なし)	3回目()歳()ヶ月			

疾患名 (口頭同意を記入欄に記入)	<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明)
	<input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明)
	<input type="checkbox"/> VWD
	先天性の血友病、VWDを除く凝固因子異常・阻害因子異常および後天性の血友病・VWDを指す <input type="checkbox"/> 類縁疾患(病名:)

インヒビターについて(血友病のみ(後天性血友病は除く)) 該当の番号に○または詳細を記入

0. インヒビター歴なし 1. 現在インヒビターあり(0.6BU以上) → その値()BU

2. インヒビターは過去にあったが現在はなし(0.6BU未満) → (1. ITIで消失 2. 自然消失 3. 詳細不明)

免疫寛容療法(ITI)について (1. 現在あるいは過去に施行 2. 未施行 3. 不明)

ITIの効果は (1. 成功 2. 失敗 3. 導入中で判定できない 4. 不明)

バイパス製剤による予防投与 (1. 定期的に施行 2. 不定期で施行 3. 行わない 4. 不明)

家庭療法の有無	あり(本人 保護者 訪問看護師 その他)・なし
定期的な出血抑制治療の有無 (2023年5月31日時点における状況)	1. あり 2. なし 3. 不明
↓ 「あり」の場合は以下のいずれかを選択してください。	
1. 凝固因子製剤による定期補充療法 2. ヘムライブラ等non-factor製剤による定期投与	
2022年6月1日~2023年5月31日に使用した凝固因子製剤ならびに治療 (該当する番号に○、複数回答可)	
1. クロスエイトMC 2. コンファクトF 3. コンコエイト-HT 4. アドベイト 5. ノボエイト	
6. イロクテイト 7. アディノベイト 8. コバルトトリイ 9. エイフスチラ 10. ジビイ	
11. イスパロクト 12. ヌーイック 13. ノバクトM 14. クリスマシンM 15. PPSB-HT	
16. ベネフィクス 17. オルプロリクス 18. イデルピオン 19. レフィキシア 20. ファイバ	
21. ノボセブンHI 22. バイクロット 23. ヘムライブラ 24. ボンベンディ	
25. その他() 26. 血友病の治療薬 27. 遺伝子治療の治療 28. 使用なし	
慢性腎臓病(CKD)の有無	あり・なし・不明
骨粗しょう症の有無	あり・なし・不明

肝炎の有無とその病期	1. なし 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全
	7. 不明 8. 治療により治癒 9. 自然治癒 10. 肝臓移植後
上記肝疾患の要因	1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明

HCVの感染歴: 1. あり(ありの場合は下の質問に進んでください。) 2. なし 3. 不明

HCV抗体の有無: 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化 5. 自然に陰性化

現在のHCVウイルスの検出状況(TaqMan法)

1. 検出せず 2. 検出あり 3. 不明/未検査 Genotype()

2022年6月1日~2023年5月31日の期間で、肝疾患治療に用いた薬剤をお答えください

*DAA: 直接作用型抗ウイルス薬 (該当番号に○、複数回答可。)

0. 使用なし 1. 肝庇護剤(強ミノC、ウルソなど) 2. インターフェロン(+リバビリン)

3. DAA*+インターフェロン+リバビリン3剤併用 4. DAA*(インターフェロン併用なし)

様式4 血友病および類縁疾患のHIV非感染例(死亡例:2022.6.1~2023.5.31の間に死亡した症例、ただし未報告の症例も含む)

記載医師名: _____ 施設名・診療科: _____ 2023年 月 日 記載

過去の同意確認状況 (以下1~3のいずれかに○)	施設整理番号	
1. 文書または口頭同意の記録あり	生年月日	明・大・昭 平・令 / 西暦 年 月 日生
2. オプトアウトの実施により、拒否の意思表示なし	死亡時の住所	都・道・府・県
3. 拒否(疾患名のみ記入) ⇒	疾患名	()

☆同意拒否の場合、以下の項目には記入しないでください。

他施設への通院の有無: あり (施設名 _____) ・ なし
介護老人ホームなどへの入所: (あり ・ なし ・ 不明)

性別	男 ・ 女	喫煙習慣	あり ・ 過去にあり ・ なし ・ 不明
治療を要する次の疾患の有無(複数回答可)	1. なし 2. 糖尿病 3. 高血圧症 4. 高脂血症 5. 透析を要する腎不全 6. 不明		
次の疾患の既往の有無(複数回答可)	1. なし 2. 脳梗塞 3. 心筋梗塞 4. その他血栓症 5. 不明		

頭蓋内出血	生後1週間以内に(あり・なし)	1回目()歳()ヶ月	後遺症	あり・なし
	生後1週間以降に出血「あり」の時は年齢を右記に記入。	2回目()歳()ヶ月		
	生後1週間以降に(あり・なし)	3回目()歳()ヶ月		

死亡年月日(2022.6.1~2023.5.31までに死亡した人のみ記載。ただし、未報告の症例については記載)
西暦 年 月 日 死亡

疾患名 (口に✓を入れ詳細記入)

血友病A (重・中・軽・不明)

血友病B (重・中・軽・不明)

VWD

先天性の血友病、VWDを除く凝固因子異常・阻止因子異常および後天性の血友病・VWDを指す

類縁疾患(病名: _____)

インヒターについて(血友病のみ(後天性血友病は除く)) 該当の番号に○または詳細を記入

0. インヒター歴なし

1. 死亡直前のインヒターあり(0.6 BU以上) → その値() BU

2. インヒターは過去にあったが死亡直前はなし(0.6BU未満)

→ (1. ITIで消失 2. 自然消失 3. 詳細不明)

家庭療法の有無	あり(本人 保護者 訪問看護師 その他) ・ なし		
定期的な出血抑制治療の有無(2023年5月31日時点における状況)	1. あり	2. なし	3. 不明
↓ 「あり」の場合は以下のいずれかを選択してください。			
1. 凝固因子製剤による定期補充療法 2. ヘムライブラ等non-factor製剤による定期投与			
死因 (重複回答可)	1. 出血(部位: _____)		
	2. 肝疾患(具体的に _____)		
	3. 血栓症(脳梗塞 心筋梗塞 その他の血栓症)		
	4. 悪性腫瘍(部位: _____)		
	5. その他(具体的に _____)		
	6. 不明		
慢性腎臓病(CKD)の有無	あり ・ なし ・ 不明		
骨粗しょう症の有無	あり ・ なし ・ 不明		

肝炎の有無とその病期	1. なし 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 8. 治療により治癒 9. 自然治癒 10. 肝臓移植後
上記肝疾患の要因	1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明

HCVの感染歴: 1. あり(ありの場合は下の質問に進んでください。) 2. なし 3. 不明

HCV抗体の有無: 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化 5. 自然に陰性化

現在のHCVウイルスの検出状況(TaqMan法)

1. 検出せず 2. 検出あり 3. 不明/未検査 Genotype()

2022年6月1日~2023年5月31日の期間で、肝疾患治療に用いた薬剤をお答えください

*DAA: 直接作用型抗ウイルス薬 (該当番号に○、複数回答可。)

0. 使用なし 1. 肝保護剤(強ミノC、ウルソなど) 2. インターフェロン(+リバビリン)

3. DAA*+インターフェロン+リバビリン3剤併用 4. DAA*(インターフェロン併用なし)