

日和見感染症アンケート 連絡票

長崎大学病院感染制御教育センター 泉川 公一 行

FAX: 095-819-7766

貴施設名 _____

ご担当者名 _____

- 2017年は、_____例のエイズ診断疾患を満たす疾患を発症した患者を診療しました。
- 2017年には、該当する患者は認めませんでした。

※FAXによる送付は該当症例がない場合のみとしてください。

----- (切り取り) -----

日和見感染症 回答票 記入例

貴施設名：長崎大学

回答者名：○○○○

ID 長01 性別 (男性) 年齢： 31 歳

感染時期： 2006 年頃・不明 感染経路： (同性間感染)・異性間感染・医原性感染・不明・その他)

日和見感染症-1

- ① 日和見感染症の種類番号： 5 ②発症年月 2014/ 5 (日は不要です)
- ③ 発症時CD4陽性リンパ球数： 63 /μl 不明
- ④ 診断根拠番号：(1)・(2)・~~合致せず~~ 「指標疾患の診断法」に合致しない場合、具体的な診断根拠を記載下さい。
その他の根拠： 両側間質性肺炎 + β-glucan高値
- ⑤ 転帰： (完治・改善・不変・死亡・その他)
- ⑥ 日和見感染症発症時の抗HIV治療
(未治療・治療中の発症・中断中の発症・治療開始後6ヶ月以内の発症) その他)
- ⑦ 日和見感染症発症時期はHIVと診断されてから
(3ヶ月以内(同時・日和見が先を含む)・1年以内・年を越える) HIV診断は以前だが最近まで受診せず・不明)
- ⑧ 日和見の診断後のART開始時期
(同時・7日～14日後・15日～30日後・31日～60日後・61日～・その他)