

10 特発性血小板減少性紫斑病 臨床調査個人票

(1. 新規)

ふりがな 氏名			性別	1. 男 2. 女	生年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
住 所	郵便番号 電話 ()			出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県		
発病年月	1. 昭和 年 月 (満 歳) 2. 平成	初診年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成	保 険 種 別		1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老	
身体障害者 手 帳	1. あり (等級 級) 2. なし	介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度) 2. 要支援 3. なし				
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 ()) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明 ありの場合 (続柄)	受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()				
発症と経過 (具体的に記述)							
【WISH 入力不要】							
発病からの期間	1. 6か月未満 2. 6か月以上 3. 不明						
病 型	1. 急性 (先行ウイルス感染: 1. あり 2. なし) 2. 慢性						
症状及び所見							
A. 出血症状 1. あり 2. なし 1. 紫斑 2. 歯肉出血 3. 鼻出血 4. 血尿 5. 下血 6. 月経過多 7. 脳出血 8. その他 ()				C. 骨髄所見 (平成 年 月 日) 有核細胞数 () $\times 10^4/\text{mm}^3$ 巨核球数 () $/\text{mm}^3$ 又は (1. 減少 2. 正常 3. 増加) M/E 比 ()			
B. 末梢血検査 (平成 年 月 日) (最近6か月以内で血小板が最低値のもの) 白血球形態異常 1. あり 2. なし 赤血球形態異常 1. あり 2. なし 白血球数 () $/\text{mm}^3$ 赤血球数 () $\times 10^4/\text{mm}^3$ ヘモグロビン () g/dl ヘマトクリット () % 血小板数 () $\times 10^4/\text{mm}^3$ 網赤血球比率 () % 白血球分画 好中球 () % 好酸球 () % 好塩基球 () % リンパ球 () % 単球 () % その他 ()				D. 骨髄染色体分析 1. 正常 2. 異常 () 3. 未施行 E. その他参考となる所見 血小板表面結合IgG (PAIgG) () /Plt 血小板自己抗原検索 (平成 年 月 日) 検査法 () 1. GP II b/III a 2. GP I b 3. その他 () 網状血小板比率 (平成 年 月 日) () % (正常値: %)			

鑑別診断（以下の疾患が鑑別できること）					
① 再生不良性貧血	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
② 骨髄異形成症候群	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
③ 白血病	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
④ 血栓性血小板減少性紫斑病	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
⑤ 薬剤による血小板減少症	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
⑥ 全身性エリテマトーデス	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
⑦ 抗リン脂質抗体症候群	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
⑧ 血小板減少をきたす先天性疾患	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない			
現在の治療状況（今後6ヶ月間の予定の治療も含む）			治療効果		
①副腎皮質ステロイド	1. あり（プレドニゾン換算最大量	mg/日・週	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
②摘脾	1. あり（施行日：平成	年 月 日	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
②免疫抑制剤	1. あり（種類	最大投与量	mg/日・週	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
③ダナゾール	1. あり（最大投与量	mg/日・週	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
④ピロリ除菌療法	1. あり（施行日：平成	年 月 日	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
⑤免疫グロブリン大量療法	1. あり		2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
⑥その他	1. あり（薬剤名等		2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
医療上の問題点				【WISH入力不要】	
医療機関名					
医療機関所在地					
		電話番号	()		
医師の氏名					
		<input type="checkbox"/> 印	記載年月日：平成		
			年 月 日		
（軽快者の症状が悪化した場合のみ記載）					
症状が悪化したことを医師が確認した年月日		平成	年 月 日		
特定疾患登録者証交付年月日		平成	年 月 日		

10 特発性血小板減少性紫斑病 臨床調査個人票

(2.更新)

ふりがな 氏名			性別	1. 男 2. 女	生年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号		電話 ()		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県	
発病年月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老
身体障害者 手帳	1. あり (等級____級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度____) 2. 要支援 3. なし			
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____))						初回認定年月
	日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						1. 昭和 2. 平成
受診状況 (最近1年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()						

治療と経過 (前回申請からの変化を中心に具体的に記述)

【WISH入力不要】

最近1年間の経過	1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. その他 ()
----------	------------------------------------------------

病 型	1. 急性 (先行ウイルス感染: 1. あり 2. なし) 2. 慢性
-----	-------------------------------------

症状・所見		
	最近1年間の状況	全経過を通じて
出血症状	1. あり (1. 紫斑 2. 歯肉出血 3. 鼻出血 4. 血尿 5. 下血 6. 月経過多 7. 脳出血 8. その他 ()) 2. なし	1. あり (1. 紫斑 2. 歯肉出血 3. 鼻出血 4. 血尿 5. 下血 6. 月経過多 7. 脳出血 8. その他 ()) 2. なし
血小板数 (最低値)	検査日: 平成 年 月 日 () × 10 ⁴ /mm ³	() × 10 ⁴ /mm ³

治療状況				
	最近1年間の状況		全経過を通じて	
		治療効果		治療効果
①副腎皮質ステロイド	1. あり (プレドニゾロン換算最大 mg/日・月)	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明
②摘脾	1. あり (施行: 平成 年 月 日)	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明
③免疫抑制剤	1. あり (種類) (最大投与量 mg/日・月)	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり (種類) 2. なし 3. 不明
④ダナゾール	1. あり	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明
⑤ピロリ除菌療法	1. あり	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明
⑥免疫グロブリン 大量療法	1. あり	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明
⑦その他	1. あり (薬剤名等)	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明

合併症に関する状況		
	最近1年間の状況	全経過を通じて
①脳出血	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
②重症感染症	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
③糖尿病	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
④脊椎圧迫骨折	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
⑤悪性腫瘍	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
⑥その他	1. あり () 2. なし	1. あり () 2. なし

医療上の問題点	
---------	--

【WISH入力不要】

医療機関名	
医療機関所在地	
医師の氏名	電話番号 ()
	記載年月日: 平成 年 月 日