

063 特発性血小板減少性紫斑病

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

出血症状	記載時に最も近い 診察年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 点状出血 <input type="checkbox"/> 2. 斑状出血 <input type="checkbox"/> 3. 紫斑 <input type="checkbox"/> 4. 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 5. 鼻出血 <input type="checkbox"/> 6. 月経過多 <input type="checkbox"/> 7. 血尿 <input type="checkbox"/> 8. 吐血あるいは下血 <input type="checkbox"/> 9. 関節出血 <input type="checkbox"/> 10. 重症消化管出血 <input type="checkbox"/> 11. 脳出血 <input type="checkbox"/> 12. その他
脳出血（更新）	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
重症感染症（更新）	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

白血球分画	好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	好塩基球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	単球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	リンパ球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	その他	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
骨髓検査（新規）				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	未実施の理由			
骨髓穿刺部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸骨 <input type="checkbox"/> 2. 腸骨	有核細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL 又は <input type="checkbox"/> 1. 減少 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 増加			
	血小板付着像	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
顆粒球／赤芽球比	(M/E比)			
異型細胞の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	<input type="checkbox"/> 赤芽球系 <input type="checkbox"/> 顆粒球系 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入			
骨髓染色体分析	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 解析不能			
	異常所見			
血小板抗体検査（新規）				
血小板自己抗原検索	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	所見	<input type="checkbox"/> 1. GP IIb/IIIa <input type="checkbox"/> 2. GP Ib <input type="checkbox"/> 3. その他		

網状血小板比率	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施										
	検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	比率	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%							
	正常値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%							
血中トロンボポエチン値 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 高値		<input type="checkbox"/> 2. 正常	<input type="checkbox"/> 3. 未実施								
HBs 抗原 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施								
抗 HCV 抗体 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施								
ヘリコバクター・ピロリ菌 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施								
血小板結合性免疫グロブリン G (PAIgG) の増加 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未実施								

C. 鑑別診断 (新規)

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 再生不良性貧血	<input type="checkbox"/> 2. 骨髄異形成症候群	<input type="checkbox"/> 3. 白血病	
<input type="checkbox"/> 4. 血栓性血小板減少性紫斑病	<input type="checkbox"/> 5. 薬剤による血小板減少症	<input type="checkbox"/> 6. 膠原病	
<input type="checkbox"/> 7. 抗リン脂質抗体症候群	<input type="checkbox"/> 8. 血小板減少をきたす先天性疾患	<input type="checkbox"/> 9. 肝硬変	
<input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症	<input type="checkbox"/> 11. 薬剤又は放射線障害	<input type="checkbox"/> 12. 発作性夜間血色素尿症	
<input type="checkbox"/> 13. 全身性エリテマトーデス	<input type="checkbox"/> 14. 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 15. 骨髄癌転移	
<input type="checkbox"/> 16. 播種性血管内凝固症候群	<input type="checkbox"/> 17. 脾機能亢進症	<input type="checkbox"/> 18. 巨赤芽球性貧血	
<input type="checkbox"/> 19. 敗血症	<input type="checkbox"/> 20. 結核症	<input type="checkbox"/> 21. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 22. 血管腫

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1 : B. の末梢血検査で血小板が 100,000/ μ L 以下で他の血球に異常がなく、C. の疾病が全て除外可
<input type="checkbox"/> Definite 2 : B. の末梢血検査で血小板が 100,000/ μ L 以下で、他の血球に若干の異常がある (赤血球の形態、白血球の形態または数、MCV、白血球分画の好中球数あるいはリンパ球数に異常がある) が、骨髄検査で異常細胞または MDS で認められる染色体異常が認められず、C. の疾病が全て除外可
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

発病からの期間	<input type="checkbox"/> 1. 3か月未満 <input type="checkbox"/> 2. 3か月以上12か月未満 <input type="checkbox"/> 3. 12か月以上
この1年の経過 (更新)	<input type="checkbox"/> 1. 治癒 <input type="checkbox"/> 2. 軽快 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 5. 急速に悪化 <input type="checkbox"/> 6. その他

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. 無治療 <input type="checkbox"/> 2. 治療あり	
ピロリ除菌療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
副腎皮質ステロイド (更新) 最近1年間の 副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	プレドニゾン 換算量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
		単位
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
脾摘治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

トロンボポエチン受容体作動薬 (更新) 最近1年間の トロンボポエチン受容体作動薬	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	<input type="checkbox"/> 1. ロミプロスチム <input type="checkbox"/> 2. エルトロンボパグ <input type="checkbox"/> 3. その他	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	<input type="checkbox"/> 1. $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{週}$ <input type="checkbox"/> 2. $\text{mg}/\text{日}$
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
免疫抑制剤治療 (更新) 最近1年間の免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
ダナゾール治療 (更新) 最近1年間のダナゾール	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
免疫グロブリン大量療法 (更新) 最近1年間の 免疫グロブリン大量療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
血小板輸血 (更新) 最近1年間の血小板輸血	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 単位
	月に	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
リツキシマブ投与 (更新) 最近1年間のリツキシマブ	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

その他の治療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名等	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

特発性血小板減少性紫斑病 重症度基準	<input type="checkbox"/> 1. StageI	<input type="checkbox"/> 2. StageII	<input type="checkbox"/> 3. StageIII
	<input type="checkbox"/> 4. StageIV	<input type="checkbox"/> 5. StageV	<input type="checkbox"/> 6. 該当なし

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		年	<input type="text"/>
		月	<input type="text"/>
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器		
	<input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行		<input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行
	<input type="checkbox"/> 3. 一日中施行		<input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												印 ※自筆または押印のこと
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。