

064 血栓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

診断

病型	<input type="checkbox"/> 1. 先天性 <input type="checkbox"/> 2. 後天性原発性 <input type="checkbox"/> 3. 後天性二次性		
	基礎疾患	<input type="checkbox"/> 1. 膠原病 <input type="checkbox"/> 2. 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 3. 薬剤 <input type="checkbox"/> 4. 感染症 <input type="checkbox"/> 5. その他	

A. 症状

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
所見	
体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
動揺性精神神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類

血栓症の合併	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	部位		
腹痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	下痢	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

末梢血検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	年 月 日
ADAMTS13 活性	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	抗 ADAMTS13 抗体	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BU/mL
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L
網状赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	破碎赤血球	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
止血			
プロトロンビン時間 (INR)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
活性化部分トロンボプラスチン時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 秒		
フィブリノゲン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
	FDP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ g/mL	D-dimer
生化学			
総ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	間接ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
LDH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	尿素窒素	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	ハプトグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
抗核抗体	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
直接クームス	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性	間接クームス	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
心筋トロポニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL		

検尿					
潜血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	蛋白	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
沈査異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				

C. 鑑別診断

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. 播種性血管内凝固症候群	<input type="checkbox"/> 2. 溶血性尿毒症症候群		
<input type="checkbox"/> 3. HELLP 症候群	<input type="checkbox"/> 4. Evans 症候群		

<診断のカテゴリー>

Definite : 他に原因を認めない血小板減少を認めた場合、ADAMTS13 活性を測定し 10%未満に著減している症例を TTP と診断する。 抗 ADAMTS13 自己抗体が陽性であれば後天性 TTP と診断する。 陰性であれば USS と診断する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--------------------------------	---------------------------------

5 徴候

1. 血小板減少 (<10×10 ⁴ /μL)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 微小血管症性溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 腎機能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 動揺性精神神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

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

既往症（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	病名	
再発有無	<input type="checkbox"/> 1. 初発 <input type="checkbox"/> 2. 再発	
	再発の場合	再発 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回目
	初発は	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. 無治療 <input type="checkbox"/> 2. 治療あり	
血漿交換	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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
血漿輸注	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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	<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	<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
リツキシマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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
抗血小板薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	抗血小板薬	
	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. シクロホスファミド <input type="checkbox"/> 2. ビンクリスチン <input type="checkbox"/> 3. シクロスポリン <input type="checkbox"/> 4. 脾摘 <input type="checkbox"/> 5. 免疫グロブリン大量療法 <input type="checkbox"/> 6. その他	
	その他の場合	
	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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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

後天性 TTP 重症度	合計点	<input type="text" value=""/> 点
	<input type="checkbox"/> 重症 (3 点以上) <input type="checkbox"/> 中等症 (1~2 点) <input type="checkbox"/> 軽症 (0 点)	
1. ADAMTS13 インヒビター2BU/mL 以上	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)
2. 腎機能障害	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)
3. 精神神経障害	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)
4. 心臓障害 (トロポニン上昇、ECG 異常等)	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)
5. 腸管障害 (腹痛等)	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)
6. 深部出血または血栓	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)
7. 治療不応例	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)
8. 再発例	<input type="checkbox"/> あり (1 点)	<input type="checkbox"/> なし (0 点)

先天性 TTP (Upshaw-Schulman 症候群 : USS) 重症度
<input type="checkbox"/> 重症 : 維持透析患者、脳梗塞などの後遺症残存患者 <input type="checkbox"/> 中等症 : 定期的、または不定期に新鮮凍結血漿 (FFP) 輸注が必要な患者 <input type="checkbox"/> 軽症 : 無治療で経過観察が可能な患者

後天性TTPまたはUSSの重症度が中等症以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
------------------------	--

■ 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
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。