

109 非典型溶血性尿毒症症候群

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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						
発症時期	西暦	<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						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

aHUS 確定診断による Definite：下記の(1)または(2)のいずれかに該当する

(1) 下記7種の補体関連遺伝子の病的バリエント例
CFH、CFI、CD46(MCP)、C3、CFB、THBD、diacylglycerol kinase ε (DGKE)

(2) 抗H因子抗体陽性例

臨床的診断による Definite：下記の3徴候を認める TMAのうち、STEC-HUS、TTP、二次性 TMA (代謝異常症、感染症、薬剤性、自己免疫性疾患、悪性腫瘍、HELLP 症候群、移植後などによる TMA) を除いたもの

(1) 微小血管症性溶血性貧血：ヘモグロビン 10g/dL 未満※
(微小血管症性溶血性貧血は、血清 LDH の上昇及び血清ハプトグロビンの著減に加え末梢血塗抹標本での破碎赤血球の存在によって診断される。なお、破碎赤血球を検出しない場合もある。
※Hb10g/dL 未満を満たさない場合においても、微小血管症性溶血性貧血が存在すれば当該徴候を満たすものとする。)

(2) 血小板減少：PLT 15 万/ μ L 未満

(3) 急性腎障害 (AKI)：小児例では年齢・性別による血清クレアチニン基準値の 1.5 倍以上 (血清クレアチニンは、日本小児腎臓病学会の基準値を用いる)。成人例では AKI の診断基準を用いる。

いずれにも該当しない

診断

病因分類	
補体関連異常	<input type="checkbox"/> 1. 補体関連遺伝子の病的バリエント <input type="checkbox"/> 2. 抗H因子抗体陽性 <input type="checkbox"/> 3. 不明

A. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

血液検査			
ヘモグロビン	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu$ L
ハプトグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
LDH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法	<input type="checkbox"/> 2. JSCC 法
血清クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
eGFR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/分/1.73m ²		
末梢血スミアでの破碎赤血球所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

その他の検査		
急性腎障害の病期分類	血清クレアチニン	尿量
<input type="checkbox"/> 病期 1	<input type="checkbox"/> 基礎値の 1.5～1.9 倍	<input type="checkbox"/> 6 から 12 時間で <0.5mL/kg/時
<input type="checkbox"/> 病期 2	<input type="checkbox"/> 基礎値の 2.0～2.9 倍	<input type="checkbox"/> 12 時間以上で <0.5mL/kg/時
<input type="checkbox"/> 病期 3	<input type="checkbox"/> 基礎値の 3 倍、または血清クレアチニン $\geq 4.0\text{mg/dL}$ の増加、または腎代替療法の開始、または 18 歳未満の患者では $\text{eGFR} < 35\text{mL/min/1.73m}^2$ の低下	<input type="checkbox"/> 24 時間以上で <0.3mL/kg/時、または 12 時間以上の無尿

* 基礎値の実測値がない場合は、予測される基礎値で判定。

B. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施		
<input type="checkbox"/> 1. CFH <input type="checkbox"/> 2. CFI <input type="checkbox"/> 3. CD46 (MCP) <input type="checkbox"/> 4. C3 <input type="checkbox"/> 5. CFB <input type="checkbox"/> 6. トロンボモジュリン (THBD) <input type="checkbox"/> 7. DGKE <input type="checkbox"/> 8. 不明			
抗 H 因子抗体価			
	基準値		
備考			

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"/> A. TMA 類似疾患 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. 自己免疫性溶血性貧血</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 2. 急性腎障害を来す他の疾患</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 播腫性血管内凝固症候群(DIC)</td> <td><input type="checkbox"/> 4. 悪性貧血</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 1. 自己免疫性溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 2. 急性腎障害を来す他の疾患	<input type="checkbox"/> 3. 播腫性血管内凝固症候群(DIC)	<input type="checkbox"/> 4. 悪性貧血	<input type="checkbox"/> 5. ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)																																					
<input type="checkbox"/> 1. 自己免疫性溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 2. 急性腎障害を来す他の疾患																																												
<input type="checkbox"/> 3. 播腫性血管内凝固症候群(DIC)	<input type="checkbox"/> 4. 悪性貧血																																												
<input type="checkbox"/> 5. ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)																																													
<input type="checkbox"/> B. STEC(志賀毒素を産生する病原性大腸菌) -HUS																																													
<input type="checkbox"/> C. TTP(血栓性血小板減少性紫斑病)																																													
<input type="checkbox"/> D. 二次性 TMA <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. コバラミン代謝異常症</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 自己免疫疾患・膠原病</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 全身性エリテマトーデス(SLE)</td> <td><input type="checkbox"/> イ. 強皮症クリーゼ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. 抗リン脂質抗体症候群</td> <td><input type="checkbox"/> エ. 多発性筋炎/皮膚筋炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オ. 血管炎</td> <td></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 加速型一悪性高血圧</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. 悪性腫瘍</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 感染症</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 侵襲性肺炎球菌感染症</td> <td><input type="checkbox"/> イ. HIV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. インフルエンザ A ウイルス H1N1 亜系</td> <td><input type="checkbox"/> エ. C 型肝炎ウイルス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オ. サイトメガロウイルス感染症</td> <td><input type="checkbox"/> カ. 百日咳</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> キ. 水痘</td> <td><input type="checkbox"/> ク. 重症溶連菌感染症</td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. 妊娠関連の HELLP 症候群、子癇</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. 薬剤性 TMA</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 抗悪性腫瘍薬</td> <td><input type="checkbox"/> イ. 抗血小板剤</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. 免疫抑制剤</td> <td><input type="checkbox"/> エ. その他</td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8. 急性膵炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9. 造血幹細胞・臓器移植後 TMA</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 1. コバラミン代謝異常症		<input type="checkbox"/> 2. 自己免疫疾患・膠原病		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 全身性エリテマトーデス(SLE)</td> <td><input type="checkbox"/> イ. 強皮症クリーゼ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. 抗リン脂質抗体症候群</td> <td><input type="checkbox"/> エ. 多発性筋炎/皮膚筋炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オ. 血管炎</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ア. 全身性エリテマトーデス(SLE)	<input type="checkbox"/> イ. 強皮症クリーゼ	<input type="checkbox"/> ウ. 抗リン脂質抗体症候群	<input type="checkbox"/> エ. 多発性筋炎/皮膚筋炎	<input type="checkbox"/> オ. 血管炎			<input type="checkbox"/> 3. 加速型一悪性高血圧		<input type="checkbox"/> 4. 悪性腫瘍		<input type="checkbox"/> 5. 感染症		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 侵襲性肺炎球菌感染症</td> <td><input type="checkbox"/> イ. HIV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. インフルエンザ A ウイルス H1N1 亜系</td> <td><input type="checkbox"/> エ. C 型肝炎ウイルス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オ. サイトメガロウイルス感染症</td> <td><input type="checkbox"/> カ. 百日咳</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> キ. 水痘</td> <td><input type="checkbox"/> ク. 重症溶連菌感染症</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ア. 侵襲性肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> イ. HIV	<input type="checkbox"/> ウ. インフルエンザ A ウイルス H1N1 亜系	<input type="checkbox"/> エ. C 型肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> オ. サイトメガロウイルス感染症	<input type="checkbox"/> カ. 百日咳	<input type="checkbox"/> キ. 水痘	<input type="checkbox"/> ク. 重症溶連菌感染症		<input type="checkbox"/> 6. 妊娠関連の HELLP 症候群、子癇		<input type="checkbox"/> 7. 薬剤性 TMA		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 抗悪性腫瘍薬</td> <td><input type="checkbox"/> イ. 抗血小板剤</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. 免疫抑制剤</td> <td><input type="checkbox"/> エ. その他</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ア. 抗悪性腫瘍薬	<input type="checkbox"/> イ. 抗血小板剤	<input type="checkbox"/> ウ. 免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> エ. その他		<input type="checkbox"/> 8. 急性膵炎		<input type="checkbox"/> 9. 造血幹細胞・臓器移植後 TMA	
<input type="checkbox"/> 1. コバラミン代謝異常症																																													
<input type="checkbox"/> 2. 自己免疫疾患・膠原病																																													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 全身性エリテマトーデス(SLE)</td> <td><input type="checkbox"/> イ. 強皮症クリーゼ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. 抗リン脂質抗体症候群</td> <td><input type="checkbox"/> エ. 多発性筋炎/皮膚筋炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オ. 血管炎</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ア. 全身性エリテマトーデス(SLE)	<input type="checkbox"/> イ. 強皮症クリーゼ	<input type="checkbox"/> ウ. 抗リン脂質抗体症候群	<input type="checkbox"/> エ. 多発性筋炎/皮膚筋炎	<input type="checkbox"/> オ. 血管炎																																								
<input type="checkbox"/> ア. 全身性エリテマトーデス(SLE)	<input type="checkbox"/> イ. 強皮症クリーゼ																																												
<input type="checkbox"/> ウ. 抗リン脂質抗体症候群	<input type="checkbox"/> エ. 多発性筋炎/皮膚筋炎																																												
<input type="checkbox"/> オ. 血管炎																																													
<input type="checkbox"/> 3. 加速型一悪性高血圧																																													
<input type="checkbox"/> 4. 悪性腫瘍																																													
<input type="checkbox"/> 5. 感染症																																													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 侵襲性肺炎球菌感染症</td> <td><input type="checkbox"/> イ. HIV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. インフルエンザ A ウイルス H1N1 亜系</td> <td><input type="checkbox"/> エ. C 型肝炎ウイルス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オ. サイトメガロウイルス感染症</td> <td><input type="checkbox"/> カ. 百日咳</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> キ. 水痘</td> <td><input type="checkbox"/> ク. 重症溶連菌感染症</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ア. 侵襲性肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> イ. HIV	<input type="checkbox"/> ウ. インフルエンザ A ウイルス H1N1 亜系	<input type="checkbox"/> エ. C 型肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> オ. サイトメガロウイルス感染症	<input type="checkbox"/> カ. 百日咳	<input type="checkbox"/> キ. 水痘	<input type="checkbox"/> ク. 重症溶連菌感染症																																					
<input type="checkbox"/> ア. 侵襲性肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> イ. HIV																																												
<input type="checkbox"/> ウ. インフルエンザ A ウイルス H1N1 亜系	<input type="checkbox"/> エ. C 型肝炎ウイルス																																												
<input type="checkbox"/> オ. サイトメガロウイルス感染症	<input type="checkbox"/> カ. 百日咳																																												
<input type="checkbox"/> キ. 水痘	<input type="checkbox"/> ク. 重症溶連菌感染症																																												
<input type="checkbox"/> 6. 妊娠関連の HELLP 症候群、子癇																																													
<input type="checkbox"/> 7. 薬剤性 TMA																																													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ア. 抗悪性腫瘍薬</td> <td><input type="checkbox"/> イ. 抗血小板剤</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウ. 免疫抑制剤</td> <td><input type="checkbox"/> エ. その他</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ア. 抗悪性腫瘍薬	<input type="checkbox"/> イ. 抗血小板剤	<input type="checkbox"/> ウ. 免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> エ. その他																																									
<input type="checkbox"/> ア. 抗悪性腫瘍薬	<input type="checkbox"/> イ. 抗血小板剤																																												
<input type="checkbox"/> ウ. 免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> エ. その他																																												
<input type="checkbox"/> 8. 急性膵炎																																													
<input type="checkbox"/> 9. 造血幹細胞・臓器移植後 TMA																																													

■ 重症度分類に関する事項

重症度	<input type="checkbox"/> 重症：1 あるいは 2 を満たし 3～12 のいずれかを満たす <input type="checkbox"/> 中等症：1 と 2 を満たす <input type="checkbox"/> 軽症：上記以外
<input type="checkbox"/> 1. 微小血管症性溶血性貧血（ヘモグロビン 10.0 g/dL 未満）※ <input type="checkbox"/> 2. 血小板減少（P1t 15 万/ μ L 未満） <input type="checkbox"/> 3. 急性腎障害（成人は AKI 病期 2 以上、小児については年齢・性別ごとの血清クレアチニン中央値の 2 倍値以上） <input type="checkbox"/> 4. 慢性腎臓病（小児または大人の CKD 重症度分類ヒートマップが赤の部分の場合） <input type="checkbox"/> 5. 精神神経症状 <input type="checkbox"/> 6. 心臓障害（虚血性心疾患、心不全等） <input type="checkbox"/> 7. 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 8. 虚血性腸炎 <input type="checkbox"/> 9. 高血圧緊急症（多くは収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧は 120mmHg 以上を示し、そのほかに高血圧に起因する標的臓器症状を有する） <input type="checkbox"/> 10. 血漿治療抵抗性 <input type="checkbox"/> 11. 再発例 <input type="checkbox"/> 12. 血漿治療または抗補体抗体治療依存性（抗 C5 抗体薬治療依存性）	

※微小血管症性溶血性貧血は、血清 LDH の上昇及び血清ハプトグロビンの著減に加え末梢血塗抹標本での破碎赤血球の存在によって診断される。なお、破碎赤血球を検出しない場合もある。Hb 10 g/dL 未満を満たさない場合においても、微小血管症性溶血性貧血が存在すれば当該徴候を満たすものとする。

CKD 重症度分類ヒートマップ

CKD 重症度分類ヒートマップ	<input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> 赤
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	<input type="checkbox"/> G1（正常または高値： ≥ 90 ） <input type="checkbox"/> G2（正常または軽度低下：60～89） <input type="checkbox"/> G3a（軽度～中等度低下：45～59） <input type="checkbox"/> G3b（中等度～高度低下：30～44） <input type="checkbox"/> G4（高度低下：15～29） <input type="checkbox"/> G5（末期腎不全（ESKD）：<15）

②蛋白尿区分 尿蛋白定量 (g/日) あるいは 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)	<input type="checkbox"/> A1 (正常 0.15 未満) <input type="checkbox"/> A2 (軽度蛋白尿 0.15~0.49) <input type="checkbox"/> A3 (高度蛋白尿 0.50 以上)
--	--

現在の症状											
該当するものを選択	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 貧血 (微小血管症性溶血性貧血)</td> <td><input type="checkbox"/> 2. 腎機能低下 (急性腎障害)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 血小板減少</td> <td><input type="checkbox"/> 4. 血尿</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 蛋白尿</td> <td><input type="checkbox"/> 6. 高血圧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. 浮腫</td> <td><input type="checkbox"/> 8. 下痢</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9. 血便</td> <td><input type="checkbox"/> 10. その他 *10 を選択の場合、以下に記入</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. 貧血 (微小血管症性溶血性貧血)	<input type="checkbox"/> 2. 腎機能低下 (急性腎障害)	<input type="checkbox"/> 3. 血小板減少	<input type="checkbox"/> 4. 血尿	<input type="checkbox"/> 5. 蛋白尿	<input type="checkbox"/> 6. 高血圧	<input type="checkbox"/> 7. 浮腫	<input type="checkbox"/> 8. 下痢	<input type="checkbox"/> 9. 血便	<input type="checkbox"/> 10. その他 *10 を選択の場合、以下に記入
<input type="checkbox"/> 1. 貧血 (微小血管症性溶血性貧血)	<input type="checkbox"/> 2. 腎機能低下 (急性腎障害)										
<input type="checkbox"/> 3. 血小板減少	<input type="checkbox"/> 4. 血尿										
<input type="checkbox"/> 5. 蛋白尿	<input type="checkbox"/> 6. 高血圧										
<input type="checkbox"/> 7. 浮腫	<input type="checkbox"/> 8. 下痢										
<input type="checkbox"/> 9. 血便	<input type="checkbox"/> 10. その他 *10 を選択の場合、以下に記入										

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

■ その他の事項

主要所見

理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
kg			
現在の症状			
免疫抑制剤、ステロイド薬または生物学的製剤の使用下で寛解状態か		<input type="checkbox"/> 1. 寛解	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
先行感染の有無		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	診断名		

検査所見

尿検査			
蛋白尿	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし * 1を選択の場合、以下に記入		
1日蛋白量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/日	
尿蛋白 g/gCr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/gCr	
血液検査			
AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L	C3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			mg/dL
C4	<input type="text"/> <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
アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/dL	ADAMTS13 活性値 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
			%
FDP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μ g/mL	Dダイマー <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			μ g/mL
抗LPS-IgM抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施		
志賀毒素	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施		
病理組織検査			
腎生検	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	所見		

その他の検査	
便培養	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	所見

発症と経過

発症前の経過	
発症前使用薬剤の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名
aHUS の既往	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. その他
STEC-HUS の既往	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
原因不明の TMA の既往	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
腎移植後 TMA の再発	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
TMA の家族歴 (食中毒事例は除外)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

治療その他

薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 実施
	<input type="checkbox"/> 1. 抗 C5 抗体薬 <input type="checkbox"/> 2. その他抗補体薬 <input type="checkbox"/> 3. ステロイド薬
	<input type="checkbox"/> 4. 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 5. その他の薬剤 *5 を選択の場合、以下に記入
	1,2 の薬剤を実施した場合は薬剤名、使用量と使用期間
血漿療法	<input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 実施中 <input type="checkbox"/> 3. 実施後離脱
	実施期間と回数

透析	<input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 腹膜透析実施中	
	<input type="checkbox"/> 3. 血液透析実施中 <input type="checkbox"/> 4. 透析療法離脱後	
	実施期間	
腎移植	<input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 実施	

■ 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												
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
診断年月日	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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	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
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定											
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	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
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他											
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
保険情報	保険者番号			被保険者記号								
	被保険者番号			被保険者 個人単位枝番								
	資格取得 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"/>