

臨床調査個人票 048. 原発性抗リン脂質抗体症候群（新規）

■基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年	月 日
出生市区町村	性別		
出生時氏名(変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな) 名(かな)
家族歴			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 続柄		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年	月
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし		要介護度
			1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いくらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いくらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		
連絡事項			

■診断

病型	1.劇症型 2.動・静脈領域のAPS 3.重篤臓器梗塞のAPS 4.その他 重篤臓器梗塞のAPSの場合1.脳 2.心臓 3.肺 4.その他 その他の内容
-----------	---

■発症と経過

既往歴 (妊娠歴のある女性のみ)	
習慣流産	1.あり 2.なし ありの場合 流産の時期
中・後期不妊症	1.あり 2.なし ありの場合 不妊症の時期と種類
妊娠高血圧症候群	1.あり 2.なし
染色体異常	1.あり 2.なし ありの場合 検査時期と結果

■臨床所見

臨床所見				
動脈血栓症	1.あり 2.なし	静脈血栓症	1.あり 2.なし	
肺塞栓症	1.あり 2.なし 診断方法			
血小板減少症(10万未満)	1.あり 2.なし	検査年月日	西暦	年 月 日
	血小板	$\times 10^4/\mu\text{L}$		
溶血性貧血	1.あり 2.なし	検査年月日	西暦	年 月 日
	間接ビリルビン	mg/dL	網状赤血球	% 血色素量 g/dL
神経症状	1.あり 2.なし	腎障害	1.あり 2.なし	
皮膚症状	1.あり 2.なし	弁膜症	1.あり 2.なし	
血栓性微小血管障害	1.あり 2.なし	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	1.あり 2.なし	
高血圧(既往含む)	1.あり 2.なし	拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧 mmHg

■ 検査所見

画像所見	
CT	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日 臓器血栓症1.あり 2.なし ありの場合部位 所見
MRI	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日 臓器血栓症1.あり 2.なし ありの場合部位 所見
XP	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日 臓器血栓症1.あり 2.なし ありの場合部位 所見
血管造影	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日 血栓1.あり 2.なし ありの場合部位 所見
肺血流シンチ	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日 血栓1.あり 2.なし ありの場合部位 所見
レノグラム	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日 血栓1.あり 2.なし ありの場合部位 所見

免疫血清学的検査

IgG・IgM 抗カルジオリピン抗体	1.実施 2.未実施 検査年月日1 西暦 年 月 日 所見1.陽性 2.陰性 検査年月日2 西暦 年 月 日 所見1.陽性 2.陰性
抗カルジオリピン抗体・ β2-グリオプロテインI 複合体抗体	1.実施 2.未実施 検査年月日1 西暦 年 月 日 所見1.陽性 2.陰性 検査年月日2 西暦 年 月 日 所見1.陽性 2.陰性
ループス抗凝固因子	1.実施 2.未実施 種類1.活性化部分トランボプラスチン時間又はカオリン凝固時間のmixing test 2.希釈ラッセル蛇毒時間 3.血小板中和試験 4.hexagonal test 検査年月日1 西暦 年 月 日 所見 検査年月日2 西暦 年 月 日 所見
その他の抗リン脂質抗体	1.実施 2.未実施 検査方法 検査年月日 西暦 年 月 日 所見

■ 鑑別診断

鑑別診断	
鑑別できるものにチェック	1. SLE 2. 他の膠原病 3. ITP・Evans症候群 4. TTP 5. DIC 6. 血管炎症候群 7. 感染症 8. 悪性腫瘍 9. APSによらない動・静脈血栓症 10. APSに起因しない習慣性流産・死産 11. 薬剤性疾患 12. プロテインC, S欠損症などの凝固因子欠乏症

■ 重症度

重症度
1. 1度：治療を要さない、臓器障害がなくADLの低下がない 2. 2度：治療しているが安定、臓器障害がなくADL低下がない 3. 3度：治療にもかかわらず再発性の血栓症がある、軽度の臓器障害やADL の低下がある 4. 4度：抗リン脂質抗体関連疾患に対する治療中、妊娠管理中、中等度の臓器障害やADLの低下がある 5. 5度：劇症型APS、新規ないし再燃した治療を要する抗リン脂質抗体関連疾患、治療中の妊娠合併症、高度の臓器障害やADL の低下がある

■治療その他

薬物療法				
血小板凝集抑制剤	1.あり 2.なし 種類 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明	最大投与量	治療効果	
抗凝固剤	1.あり 2.なし 種類 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明	最大投与量	治療効果	
ステロイドホルモン剤	1.あり 2.なし 最大投与量	mg/日	治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明	
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 種類 果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明	最大投与量	治療効	
大量ガンマグロブリン	1.あり 2.なし 種類 果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明	最大投与量	治療効	
その他	1.あり 2.なし 薬剤名		治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明	
人工呼吸器（使用者のみ詳細記入）				
使用の有無	1.あり 2.なし			
以下 有の場合 開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1.あり 2.なし	
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 4.現在は未施行			
生活状況	食事1.自立 2.部分介助 3.全介助 椅子とベッド間の移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 整容1.自立 2.部分介助 3.全介助 トイレ動作1.自立 2.部分介助 3.全介助 入浴1.自立 2.部分介助 3.全介助 移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 階段昇降1.自立 2.部分介助 3.全介助 更衣1.自立 2.部分介助 3.全介助 排便コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助 排尿コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助			
医療機関名	指定医番号			
医療機関所在地	電話番号 ()			
医師の氏名	記載年月日：平成 年 月 日 <div style="text-align: center;">印</div>			

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。 ※自筆または押印のこと
ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。

Ver. 141107