

## 064 血栓性血小板減少性紫斑病

## ■ 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"/> <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>

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
---	--

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

所見	
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
動揺性精神神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 頭痛 <input type="checkbox"/> 2. せん妄 <input type="checkbox"/> 3. 錯乱 <input type="checkbox"/> 4. 人格の変化 <input type="checkbox"/> 5. 意識レベルの低下 <input type="checkbox"/> 6. 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 7. 痙攣

B. 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

末梢血検査 (検査値は小数点以下も可能な範囲で詳細に記載して下さい)			
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	
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
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 <sup>4</sup> /μL		

C. 5 徴候

1. 血小板減少 (<10×10 <sup>4</sup> /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

**D. 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		

**■ 重症度分類に関する事項**

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
------------------------	--------------------------------	---------------------------------

後天性 TTP 重症度分類		
1. ADAMTS13 インヒビター<math>2BU/mL</math> 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)
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)	

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

所見			
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		
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		
末梢血検査 (検査値は小数点以下も可能な範囲で詳細に記載して下さい)			
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	
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"/> <input type="text"/> / $\mu$ L	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / $\mu$ 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"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / $\mu$ 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"/> $\mu$ g/mL	D-dimer
生化学 (検査値は小数点以下も可能な範囲で詳細に記載して下さい)			
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"/> <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		
発症と経過			
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			
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	

■ 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

ア. 症状

体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度	下痢	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
----	--	----	---

イ. 発症と経過

既往症（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	病名	

ウ. 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	
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

■ 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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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"/>			
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"/>			
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	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	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