

063 免疫性血小板減少症

■ 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	年 月 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	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	年 月 日		
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	☐ 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 *11 を選択の場合、以下に記入	
	続柄	
発症時期	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	
手帳取得状況		
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）	
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明		

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

- ☐ 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
- ☐ 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、骨髓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
- ☐ いずれにも該当しない

A. 症状

出血症状	診断を行った年月日	西暦					年			月			日
	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
	種類	☐ 1. 点状出血 ☐ 2. 斑状出血 ☐ 3. 紫斑 ☐ 4. 歯肉出血 ☐ 5. 鼻出血 ☐ 6. 月経過多 ☐ 7. 血尿 ☐ 8. 吐血あるいは下血 ☐ 9. 関節出血 ☐ 10. 重症消化管出血 ☐ 11. 脳出血 ☐ 12. その他											

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													
白血球形態異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし				貧血	☐ 1. なし ☐ 2. 失血性 ☐ 3. 鉄欠乏性							
赤血球形態異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
白血球数	/ μ L												
赤血球数	$\times 10^4$ / μ L												
ヘモグロビン	g/dL												
MCV	fL				血小板数	$\times 10^4$ / μ L							
白血球分画	好中球	. %			好酸球	. %							
	好塩基球	. %			単球	. %							
	リンパ球	. %			その他	. %							

骨髓検査					
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施				
	検査日	西暦 年 月 日			
	未実施の理由				
骨髓穿刺部位	☐ 1. 胸骨 ☐ 2. 腸骨	有核細胞数	$\times 10^4/\mu\text{L}$		
巨核球数	個/ μL 又は ☐ 1. 減少 ☐ 2. 正常 ☐ 3. 増加				
	血小板付着像	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
顆粒球／赤芽球比	(M/E比)				
異型細胞の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし				
	☐ 赤芽球系 ☐ 顆粒球系 ☐ その他 *その他を選択の場合、以下に記入				
骨髓染色体分析	☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常 ☐ 3. 解析不能				
	異常所見				

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

■ 重症度分類に関する事項

免疫性血小板減少症 重症度基準	☐ 1. Stage I	☐ 2. Stage II	☐ 3. Stage III
	☐ 4. Stage IV	☐ 5. Stage V	☐ 6. 該当なし

出血症状	重症度判定を行った年月日	西暦 年 月 日											
	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
	種類	<table border="0"> <tr> <td>☐ 1. 点状出血</td> <td>☐ 2. 斑状出血</td> <td>☐ 3. 紫斑</td> </tr> <tr> <td>☐ 4. 歯肉出血</td> <td>☐ 5. 鼻出血</td> <td>☐ 6. 月経過多</td> </tr> <tr> <td>☐ 7. 血尿</td> <td>☐ 8. 吐血あるいは下血</td> <td>☐ 9. 関節出血</td> </tr> <tr> <td>☐ 10. 重症消化管出血</td> <td>☐ 11. 脳出血</td> <td>☐ 12. その他</td> </tr> </table>	☐ 1. 点状出血	☐ 2. 斑状出血	☐ 3. 紫斑	☐ 4. 歯肉出血	☐ 5. 鼻出血	☐ 6. 月経過多	☐ 7. 血尿	☐ 8. 吐血あるいは下血	☐ 9. 関節出血	☐ 10. 重症消化管出血	☐ 11. 脳出血
☐ 1. 点状出血	☐ 2. 斑状出血	☐ 3. 紫斑											
☐ 4. 歯肉出血	☐ 5. 鼻出血	☐ 6. 月経過多											
☐ 7. 血尿	☐ 8. 吐血あるいは下血	☐ 9. 関節出血											
☐ 10. 重症消化管出血	☐ 11. 脳出血	☐ 12. その他											

末梢血検査	
白血球数	/ μ L
赤血球数	$\times 10^4/\mu$ L
ヘモグロビン	g/dL
血小板数	$\times 10^4/\mu$ L

■ 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

合併症

脳出血	この1年間の状況	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	全経過を通じて	☐ 1. あり	☐ 2. なし
重症感染症	この1年間の状況	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	全経過を通じて	☐ 1. あり	☐ 2. なし
糖尿病	この1年間の状況	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	全経過を通じて	☐ 1. あり	☐ 2. なし
脊椎圧迫骨折	この1年間の状況	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	全経過を通じて	☐ 1. あり	☐ 2. なし
大腿骨頭壊死	この1年間の状況	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	全経過を通じて	☐ 1. あり	☐ 2. なし
血栓症（動脈・静脈）	この1年間の状況	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	全経過を通じて	☐ 1. あり	☐ 2. なし
その他	この1年間の状況	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	疾患名		
	全経過を通じて	☐ 1. あり	☐ 2. なし
	疾患名		

検査所見（新規）

血小板抗体検査			
血小板自己抗原 検索	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施		
	検査年月日	西暦 年 月 日	
	所見	☐ 1. GP IIb/IIIa ☐ 2. GP Ib ☐ 3. その他	
網状血小板比率 (R P %)	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施		
	検査年月日	西暦 年 月 日	
	比率	. %	
	正常上限値	. %	
幼若血小板比率 (I P F %)	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施		
	検査年月日	西暦 年 月 日	
	比率	. %	
	正常上限値	. %	
血中トロンボポエチン値		☐ 1. 高値 ☐ 2. 正常 ☐ 3. 未実施	
HBs 抗原		☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未実施	
抗 HCV 抗体		☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未実施	
ヘリコバクター・ピロリ菌		☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未実施	
血小板結合性免疫グロブリン G (PAIgG) の増加		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未実施	

発症と経過

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

治療その他

治療	☐ 1. 無治療 ☐ 2. 治療あり			
ピロリ除菌療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	実施日	西暦 年 月 日		
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
脾摘治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	実施日	西暦 年 月 日		
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
新規申請時は申請時の状況、更新申請時は最近1年間の治療について記載				
副腎皮質ステロイド	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	プレドニゾン 換算量	mg		
		単位	☐ 1. /日 ☐ 2. /週	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
トロンボポエチン 受容体作動薬	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	ロミプロスチム 投与量	µg/kg/週		
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
	エルトロンボパグ 投与量	mg/日		
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
免疫抑制剤治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	薬剤名			
	投与量	mg		
		単位	☐ 1. /日 ☐ 2. /週	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		

ダナゾール治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	投与量	mg
		単位 ☐ 1. /日 ☐ 2. /週
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
免疫グロブリン 大量療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
血小板輸血	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	投与量	単位/回
	投与回数	回/年
リツキシマブ投与	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	投与量	mg/回
	投与回数	回/年
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他の治療法 1	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名・用法用量等	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他の治療法 2	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名・用法用量等	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 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	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔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	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*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					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			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					年			月			日
公費負担者番号												
認定結果	☐ 認定 ☐ 不認定											
研究同意の有無	☐ 有 ☐ 無											
受給者番号												
有効期限	西暦					年			月			日
階層区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得 ☐ その他											
軽症者登録	☐ 有 ☐ 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					年			月		