

# 臨床調査個人票 063. 特発性血小板減少性紫斑病（新規）

## ■基本情報

<b>氏名</b>			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
<b>住所</b>			
郵便番号	住所		
<b>生年月日等</b>			
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)
<b>家族歴</b>			
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:		
<b>発病時の状況</b>			
発症年月	西暦	年	月
<b>社会保障</b>			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし		要介護度 1 2 3 4 5
<b>生活状況</b>			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 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.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 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		
<b>連絡事項</b>			
<b>■発症と経過</b>			
<b>発病からの期間</b>			
発病からの期間	1.3ヶ月未満 2.3ヶ月以上12ヶ月未満 3.12ヶ月以上		
<b>■臨床所見</b>			
<b>診察年月日</b>			
西暦	年	月	日
<b>出血症状</b>			
1.あり 2.なし 種類1.紫斑2.点状出血3.斑状出血4.重症消化管出血5.歯肉出血6.鼻出血7.血尿8.下血 9.関節出血10.月経過多11.脳出血12.その他 その他			

■検査所見

末梢血検査 (最近6ヶ月以内で血小板数が最低のもの)			
検査年月日	西暦 年 月 日	白血球形態異常	1.あり 2.なし
赤血球形態異常	1.あり 2.なし	白血球	/ $\mu$ L
赤血球	$\times 10^4 / \mu$ L	Hb	g/dL
MCV	fL	血小板	$\times 10^4 / \mu$ 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	
検査年月日	西暦 年 月 日
実施有無	1.実施 2.未実施 未実施の理由
骨髓穿刺所見	1.胸骨 2.腸骨
有核細胞数	$\times 10^4 / \mu$ L
巨核球数	個/ $\mu$ L 又は1.減少 2.正常 3.増加
M/E比	
骨髓染色体分析	1.正常 2.異常 3.解析不能 異常所見
異型細胞の有無	1.あり 2.なし

血小板抗体検査	
血小板自己抗原検査	検査年月日 西暦 年 月 日 検査法 所見1. GP II b/IIIa 2. GP I b 3.その他 その他
網状血小板比率	検査年月日 西暦 年 月 日 比率 % 正常値 %

血中トロンボポイエチン値	
1.高値 2.正常	

HBs抗原	
1.陽性 2.陰性	

抗HCV抗体	
1.陽性 2.陰性	

ヘリコバクター・ピロリ菌	
1.陽性 2.陰性	

免疫学的検査	
血小板結合性免疫グロブリンG(PA IgG)の増加 1.あり 2.なし	

鑑別診断	
鑑別できる場合にチェック	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.骨髓異形成症候群7.膠原病8.抗リン脂質抗体症候群9.血小板減少をきたす先天性疾患10.肝硬変11.HIV感染症
除外できる場合にチェック	1.薬剤又は放射線障害2.発作性夜間血色素尿症3.全身性エリテマトーデス4.悪性リンパ腫5.骨髓癌移転 6.播種性血管内凝固症候群7.脾機能亢進症8.巨赤芽球貧血9.敗血症10.結核症11.サルコイドーシス12.血管腫

重症度	
特発性血小板減少性紫斑病重症度基準	1.Stage I 2.Stage II 3.Stage III 4.Stage IV 5.Stage V

■治療その他

<b>治療</b>			
1. 無治療 2. 治療あり			
<b>副腎皮質ステロイド</b>			
現在の副腎皮質ステロイド治療の有無	1. あり 2. なし プレドニゾン換算量 mg/日・週 治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明	プレドニゾン換算量単位	1. 日 2. 週
<b>摘脾</b>			
摘脾治療の有無	1. あり 2. なし	実施日 西暦 年 月 日	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
<b>免疫抑制剤</b>			
現在の免疫抑制剤治療の有無	1. あり 2. なし 薬剤名 投与量 mg/日・週 治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明	投与量単位	1. 日 2. 週
<b>ダナゾール</b>			
現在のダナゾール治療の有無	1. あり 2. なし 投与量 mg/日・週 治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明	投与量単位	1. 日 2. 週
<b>ピロリ除菌療法</b>			
ピロリ除菌療法の有無	1. あり 2. なし	実施日 西暦 年 月 日	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
<b>免疫グロブリン大量療法</b>			
免疫グロブリン大量療法の有無	1. あり 2. なし	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
<b>その他の治療法</b>			
その他の治療法の有無	1. あり 2. なし	薬剤名等	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
<b>トロンボポイエチン受容体作動薬</b>			
現在のトロンボポイエチン受容体作動薬の有無	1. ロミプロスチム 2. エルトロンボパグ 3. なし 投与量 投与量単位	1. $\mu$ g/kg体重/日 2. mg 1日量	
全経過を通じてのトロンボポイエチン受容体作動薬の有無	1. あり 2. なし		
<b>血小板輸血</b>			
現在の血小板輸血の有無	1. あり 2. なし 投与量 単位 月に 回		
全経過を通じての血小板輸血の有無	1. あり 2. なし		
<b>リツキシマブ</b>			
現在のリツキシマブの有無	1. 施行中 2. 施行後経過観察中 3. なし		
全経過を通じてのリツキシマブの有無	1. あり 2. なし		
<b>その他</b>			
実施有無	1. 実施 2. 未実施	内容	
<b>人工呼吸器（使用者のみ詳細記入）</b>			
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		
<b>医療機関名</b>			
医療機関所在地	指定医番号		
医師の氏名	電話番号	( )	
	印	記載年月日：平成 年 月 日	

- 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。