

臨床調査個人票 064. 血栓性血小板減少性紫斑病 (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	性別 1.男 2.女
出生市区町村			
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			

■発症と経過

病型			
1.先天性 2.後天性原発性 3.後天性二次性 (基礎疾患: 1.膠原病 2.悪性新生物 3.薬剤 4.感染症)			
再発			
有無	1.初発 2.再発	再発の場合	再発 回目 初発は西暦 年 月
既往症			
1.あり 2.なし 病名			

■臨床所見

診察年月日			
西暦 年 月 日			
所見			
体温	度		
動揺性精神神経症状	1.あり 2.なし 種類 1.頭痛 2.せん妄 3.錯乱 4.人格の変化 5.意識レベルの低下 6.四肢麻痺 7.痙攣		
血栓症の合併	1.あり 2.なし 部位	腹痛	1.あり 2.なし
下痢	1.あり 2.なし	尿所見	1.乏尿 2.色調変化

■検査所見

末梢血検査			
検査年月日	西暦 年 月 日		
ADAMTS13活性	%	抗ADAMTS13抗体	BU/mL
白血球	/ μ L	赤血球	$\times 10^4$ / μ L
Hb	g/dL	血小板	$\times 10^4$ / μ L
網状赤血球	%	破碎赤血球	%

止血			
プロトロンビン時間 (INR)		活性化部分トロンボプラスチン時間	秒
フィブリノゲン	FDP μ g/mL	D-dimer μ g/mL	

生化学			
総ビリルビン	mg/dL	間接ビリルビン	mg/dL
AST	IU/L	ALT	IU/L
LDH	IU/L	尿素窒素	mg/dL
クレアチニン	mg/dL	ハプトグロビン	mg/dL
抗核抗体	倍	CRP	mg/dL
直接クームス	1. 陽性 2. 陰性	間接クームス	1. 陽性 2. 陰性
心筋トロポニン	ng/mL		

検尿			
潜血	1. あり 2. なし	蛋白	1. あり 2. なし
沈査異常	1. あり 2. なし		

重症度	
後天性TTP重症度分類	1. 重症 2. 中等症 3. 軽症
先天性TTP (Upshaw-Schulman症候群: USS) 重症度分類	1. 重症 2. 中等症 3. 軽症

鑑別診断	
鑑別できるものにチェック	1. 播種性血管内凝固症候群 2. 溶血性尿毒症症候群 3. HELLP 症候群 4. Evans 症候群 5. 薬物投与関連・造血幹細胞や臓器移植関連・膠原病や悪性疾患に伴う症例 6. 妊娠に伴う症例

治療その他	
治療	1. 無治療 2. 治療あり

血漿交換	
治療効果	1. あり 2. なし 治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明

血漿輸注	
治療効果	1. あり 2. なし 治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明

副腎皮質ステロイド	
	1. あり 2. なし

リツキシマブ	
	1. あり 2. なし

抗血小板薬	
	1. あり 2. なし

その他の治療法	
	1. シクロホスファミド 2. ピンクリスチン 3. シクロスポリン 4. 脾摘 5. 免疫グロブリン大量療法

血小板輸血	
	1. あり 2. なし

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

印

※自筆または押印のこと

- 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。
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