

063 特発性血小板減少性紫斑病

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
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 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
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

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

出血症状	記載時に最も近い 診察年月日	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											
脳出血（更新）	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（更新）	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（更新）	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（更新）	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（更新）	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）（更新）	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（更新）	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		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

末梢血検査（血小板数が最低のもの）				
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	検査日	西暦		年 月 日
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（新規）				
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	×10 ⁴ /μL	
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			
血小板抗体検査（新規）				
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	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	検査年月日	西暦 年 月 日
	比率	. %
	正常値	. %
血中トロンボポエチン値（新規）		☐ 1. 高値 ☐ 2. 正常 ☐ 3. 未実施
HBs 抗原（新規）		☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未実施
抗 HCV 抗体（新規）		☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未実施
ヘリコバクター・ピロリ菌（新規）		☐ 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（新規）		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未実施

C. 鑑別診断（新規）

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	

<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

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250 文字以内かつ 7 行以内

■ 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	
副腎皮質ステロイド (更新) 最近 1 年間の 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	
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	

トロンボポエチン受容体作動薬 (更新) 最近1年間の トロンボポエチン受容体作動薬	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	☐ 1. ロミプロスチム ☐ 2. エルトロンボパグ ☐ 3. その他	
	投与量	単位 ☐ 1. $\mu\text{g/kg/週}$ ☐ 2. 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 (更新) 最近1年間の免疫抑制剤	☐ 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 (更新) 最近1年間のダナゾール	☐ 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 (更新) 最近1年間の 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 (更新) 最近1年間の血小板輸血	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	投与量	単位
	月に	回
リツキシマブ投与 (更新) 最近1年間のリツキシマブ	☐ 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

その他の治療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名等	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

特発性血小板減少性紫斑病 重症度基準	☐ 1. StageI	☐ 2. StageII	☐ 3. StageIII
	☐ 4. StageIV	☐ 5. StageV	☐ 6. 該当なし

■ 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											印 ※自筆または押印のこと	
記載年月日	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ます。）
- ・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。
- ・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。