

臨床調査個人票  認定  不認定  
063. 特発性血小板減少性紫斑病  
(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。  
※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。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ( )	
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号		住所	
生年月日	西暦	年 月 日	性別
			1.男 2.女

■重症度分類に関する事項

※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。

特発性血小板減少性紫斑病重症度基準でStage II 以上	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (* 軽症者へ)
-------------------------------	--

(\* 軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

特発性血小板減少性紫斑病重症度基準

該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stage I	<input type="checkbox"/> Stage II	<input type="checkbox"/> Stage III	<input type="checkbox"/> Stage IV	<input type="checkbox"/> Stage V
	<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない				

【参考:特発性血小板減少性紫斑病重症度基準】

血小板数 ( $\times 10^4/\mu\text{L}$ )	臨床症状			
	無症状	皮下出血*1	粘膜出血*2	重症出血*3
$5 \leq < 10$	I	I	II	IV
$2 \leq < 5$	II	III	IV	V
$< 2$	III	IV	IV	V

- \*1 皮下出血:点状出血、紫斑、斑状出血
- \*2 粘膜出血:歯肉出血、鼻出血、下血、血尿、月経過多など
- \*3 重症出血:生命を脅かす危険のある脳出血や重症消化管出血など

特記事項

--

■発症と経過

発病時の状況

発症年月	西暦	年	月
発病からの期間			
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

■臨床所見

診察年月日

西暦	年	月	日									
出血症状												
1.あり 2.なし ありの場合: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 ( )												
末梢血検査												
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	/ $\mu\text{L}$								
赤血球	$\times 10^4/\mu\text{L}$		Hb	g/dL								
MCV	fL		血小板	$\times 10^4/\mu\text{L}$								
白血球分画	好中球	%	好酸球	%	好塩基球	%	単球	%	リンパ球	%	その他	%

治療													
1.無治療 2.治療あり													
副腎皮質ステロイド													
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 (日・週どちらか選択) 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
摘脾													
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										
免疫抑制剤													
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 (日・週どちらか選択) 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
ダナゾール													
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 (日・週どちらか選択) 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
ピロリ除菌療法													
ピロリ除菌療法の有無	1.あり 2.なし	(治療効果) 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明											
免疫グロブリン大量療法													
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											
その他の治療法													
その他の治療法の有無	1.あり 2.なし	薬剤名 ( ) 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明											
トロンボポイエチン受容体作動薬													
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.μg/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												
血小板輸血													
現在の血小板輸血の有無	1.あり 2.なし (投与量)	単位 (回数) 月 回											
全経過を通じての血小板輸血の有無	1.あり 2.なし												
リツキシマブ													
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												
その他													
実施有無 1.実施 2.未実施	内容												
人工呼吸器(使用者のみ詳細記入) ※本疾患により装着している者に限る													
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	<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												
医療機関所在地	<table border="1" style="width:100%; height:30px;"> <tr> <td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td><td style="width:25px;"></td> </tr> </table>												
電話番号	医師の氏名												
	<hr style="width:100%;"/>												
	記載年月日: 年 月 日												

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。