

臨床調査個人票 認定 不認定
064. 血栓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。

後天性TTP重症度分類または先天性TTP重症度分類で中等症以上	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。

重症度分類			
該当するものにチェック☑			
後天性TTP重症度分類	<input type="checkbox"/> 重症(3点以上)	<input type="checkbox"/> 中等症(1~2点)	<input type="checkbox"/> 軽症(0点)
先天性TTP (Upshaw-Schulman症候群:USS) 重症度分類	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 軽症

【参考:重症度分類】

中等症以上を対象とする

後天性TTP重症度分類

- ADAMTS13インヒビター 2BU/ml以上
- 腎機能障害
- 精神神経障害
- 心臓障害(トロポニン上昇、ECG異常等)
- 腸管障害(腹痛等)
- 深部出血または血栓
- 治療不応例
- 再発例

<判定> 有1点、無0点
重症 3点以上
中等症 1点~2点
軽症 0点

先天性TTP (Upshaw-Schulman症候群:USS) 重症度分類

- 重症
維持透析患者、脳梗塞などの後遺症残存患者
- 中等症
定期的、または不定期に新鮮凍結血漿(FFP)輸注が必要な患者
- 軽症
無治療で経過観察が可能な患者

特記事項

■発症と経過

発病時の状況			
発症年月	西暦	年	月
病型			
1. 先天性 (ADAMTS 13遺伝解析: 1. 実施済 2. 未実施)		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 ありの場合部位()	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
心電図異常	1. あり 2. なし ありの場合内容()		

■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				
ADAMTS13活性	%		抗ADAMTS13抗体	BU/m L	
白血球	/μL		赤血球	×10 ⁴ /μL	
Hb	g/dL		血小板	×10 ⁴ /μL	
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	mg/dL	FDP	μg/mL	D-dimer	μg/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				

■治療その他

治療（最近1年間について記載のこと）															
1. 無治療 2. 治療あり															
血漿交換															
1. あり 2. なし（治療効果） 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明															
新鮮凍結血漿輸注															
1. あり 2. なし（治療効果） 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明 ⇒ありの場合頻度（ ）															
副腎皮質ステロイド使用															
1. あり 2. なし															
リツキシマブ使用															
1. あり 2. なし															
抗血小板薬使用															
1. あり 2. なし															
その他の治療法（あれば選択）															
1. シクロホスファミド 2. ビンクリスチン 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） ※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														
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>														
医療機関所在地	医師の氏名														
電話番号	_____														
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。