

難病の診断・治療・申請

血液疾患領域



お知らせ

国の難病対策

指定難病一覧

患者会情報

医療費助成制度

難病情報センターは公益財団法人難病医学研究財団が運営（厚生労働省補助事業）しており、当ホームページでは、患者さん、ご家族の皆様および難病治療に携わる医療関係者の皆様に参考となる情報を提供しております。

キーワードから探す

病名を50音索引から探す

あ行

か行

さ行

た行

や行

ら行

※索引方法 例) パーキンソン病 (ぱーきんそんびょう)

[神経・筋疾患](#)

[代謝系疾患](#)

[皮膚・結合組織疾患](#)

[免疫系疾患](#)

[循環器系疾患](#)

[血液系疾患](#)

[腎・泌尿器系疾患](#)

[骨・関節系疾患](#)

[内分泌系疾患](#)

[呼吸器系疾患](#)

[視覚系疾患](#)

[聴覚・平衡機能系疾患](#)

[消化器系疾患](#)

[染色体または遺伝子に変化を伴う症候群](#)

[耳鼻科系疾患](#)



お問い合わせ

詳しくはこちら



代表的な
質問と回答例

病気の解説・診断基準・
臨床調査個人票の一覧

50音別索引



告示番号順索引

疾患群別索引

告示病名以外の
指定難病対象疾病名

血液疾患分野 対象疾患

- ITP
- 血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）
- 特発性血栓症
（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）
- 再生不良性貧血（Aplastic Anemia: AA）
- 自己免疫性溶血性貧血
- 先天性赤芽球形形成障害性貧血
- 後天性赤芽球癆（胸腺腫合併は除く）
- PNH
- 原発性免疫不全症
- ファンconi貧血
- ダイヤモンド ブラックファン貧血
- 遺伝性鉄芽球性貧血

血液系疾患の項目にない疾患

- Castleman病
- 自己免疫性後天性凝固因子異常症
- 高IgD血症
- 原発性抗リン脂質抗体症候群
- Crow 深瀬症候群（POEMS）
- HTLVⅠ関連脊髄症
- 全身性アミロイドーシス
- オスラー病

東京都限定

- 特発性好酸球增多症
- 骨髄繊維症

再生不良性貧血

難病での記載

1. 概要

再生不良性貧血は、**末梢血で汎血球減少症があり、骨髄が低形成を示す疾患**である。血球減少は必ずしも全ての血球というわけではなく、軽症例では貧血と血小板減少だけで白血球数は正常ということもある。

診断のためには、他の疾患による汎血球減少症を除外する必要がある。

特に診断が紛らわしい疾患は、骨髄異形成症候群の不応性貧血である。

2. 原因

造血幹細胞が減少する機序として、**免疫学的機序による造血幹細胞の傷害と造血幹細胞自身の質的異常の二つが重要と考えられている**。昨今、様々な免疫学的機序を示唆する証拠が得られつつあるが、骨髄不全の原因となる自己抗原はまだ同定されていない。

診断のための鑑別すべき疾患

3. 汎血球減少の原因となる他の疾患を認めない。汎血球減少を来すことの多い他の疾患には、白血病、**骨髄異形成症候群**、骨髄線維症、発作性夜間ヘモグロビン尿症、巨赤芽球性貧血、癌の骨髄転移、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、脾機能亢進症（肝硬変、門脈圧亢進症など）、全身性エリテマトーデス、血球貪食症候群、感染症などが含まれる。

臨床個人調査票

■ 診断基準に関する事項

診断

本申請時の年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input type="checkbox"/> 2. 二次性 <input type="checkbox"/> 3. 特殊型 <input type="checkbox"/> 4. 先天性
原因 (二次性の場合)	
診断名 (特殊型の場合)	<input type="checkbox"/> 1. 肝炎後 <input type="checkbox"/> 2. 再生不良性貧血-PNH 症候群 <input type="checkbox"/> 3. MDS との境界型
診断名 (先天性の場合)	<input type="checkbox"/> 1. ファンconi貧血 <input type="checkbox"/> 2. 先天性角化異常症 <input type="checkbox"/> 3. その他
診断年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

■ 診断基準に関する事項

診断

本申請時の年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 二次性 <input type="checkbox"/> 3. 特殊型 <input type="checkbox"/> 4. 先天性
原因 (二次性の場合)	
診断名 (特殊型の場合)	<input type="checkbox"/> 1. 肝炎後 <input type="checkbox"/> 2. 再生不良性貧血-PNH 症候群 <input type="checkbox"/> 3. MDS との境界型

後天性再生不良性貧血には何らかの原因があって起こる場合と原因不明の場合（特発性）があります。実際には90%以上が特発性です。

残りは薬剤・薬物、放射線、などによる二次性ですが、二次性とは言っても原因を特定できないことがしばしばあります。

表 3. 再生不良性貧血の原因となりうる薬剤³⁾

抗生物質 ール	クロラムフェニコ スルホンアミド ペニシリン テトラサイクリン
抗リウマチ薬	金製剤 ペニシラミン
抗炎症薬	フェニルブタゾン インドメタシン ジクロフェナク ナプロキセン
抗癌薬	ピロキシカム フェニトイン カルバマゼピン
抗甲状腺薬 抗うつ薬 経口糖尿病薬 抗マラリア薬	チオウラシル フェノチアジン クロルプロパミド クロロキン

表 4. 再生不良性貧血の原因となりうる化学物質³⁾

ベンゼン 有機塩素を含む殺虫剤 クロロフェノール（防腐剤） 裁断油 メチレンデオキシメタンフェタミン（覚醒剤）

表 2. 再生不良性貧血の病型分類

えられる慢 小 板、網赤 まぼ完全に 立ち重症度 度であって 白血球減少 は通常高 が、その場 急切れなど	I. 先天性
	1. Fanconi 貧血
	2. dyskeratosis congenita
	3. その他
	II. 後天性
	1. 一次性（特発性）
	2. 二次性
	a. 薬剤
	b. 化学物質
	c. 放射線
d. 妊娠	

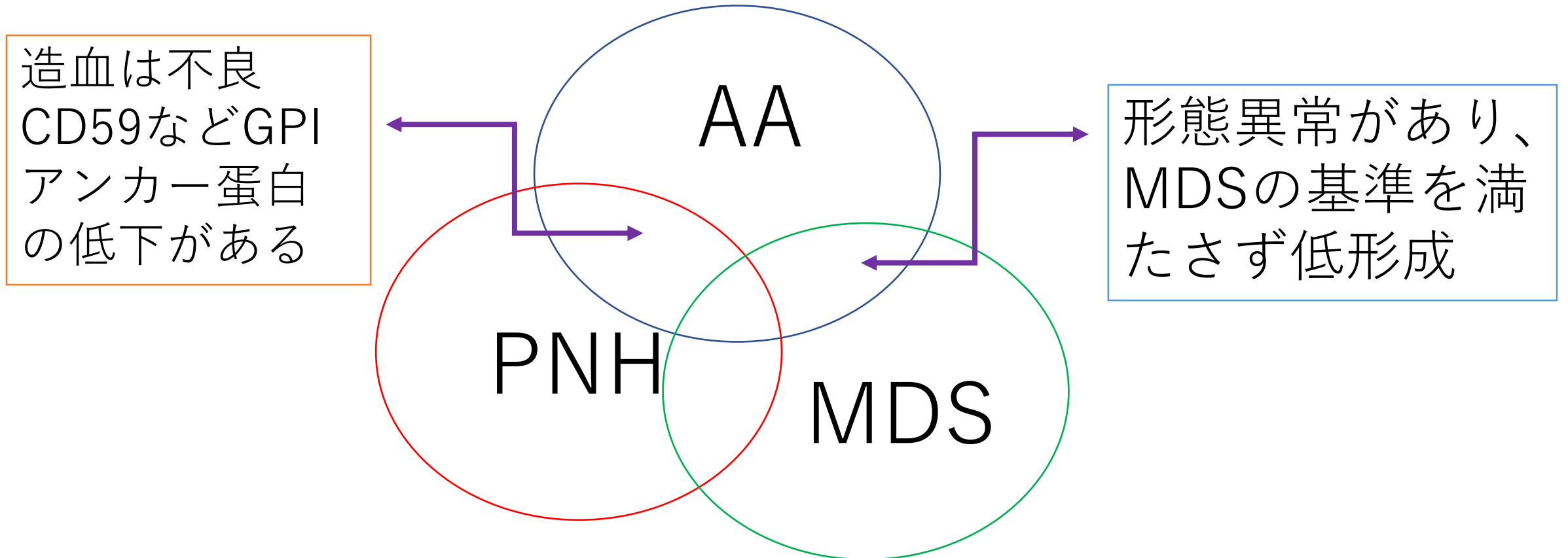
■ 診断基準に関する事項

診断

本申請時の年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input type="checkbox"/> 2. 二次性 <input type="checkbox"/> 3. 特殊型 <input type="checkbox"/> 4. 先天性
原因 (二次性の場合)	
診断名 (特殊型の場合)	<input type="checkbox"/> 1. 肝炎後 <input type="checkbox"/> 2. 再生不良性貧血-PNH 症候群 <input type="checkbox"/> 3. MDS との境界型
診断名 (先天性の場合)	<input type="checkbox"/> 1. ファンコニ貧血 <input type="checkbox"/> 2. 先天性角化異常症 <input type="checkbox"/> 3. その他

3. 汎血球減少の原因となる他の疾患を認めない。汎血球減少を来すことの多い他の疾患には、白血病、**骨髄異形成症候群**、骨髄線維症、**発作性夜間ヘモグロビン尿症**、巨赤芽球性貧血、癌の骨髄転移、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、脾機能亢進症（肝硬変、門脈圧亢進症など）、全身性エリテマトーデス、血球貪食症候群、感染症などが含まれる。

再生不良性貧血とMDS, PNH



診断基準を満たす疾患で申請する
PNHに完全移行していなければPNH
を追加で出す必要はない。

骨髓異形成症候群 診療の参照ガイド

A. 必須基準（FAB 分類では、1）, 2）が、WHO 分類では、1）～4）が必須である）

- 1) 末梢血と骨髓の芽球比率が 30%未満（WHO 分類では 20%未満）である。
- 2) 血球減少や異形成の原因となる他の造血器あるいは非造血器疾患（表 3）が除外できる。
- 3) 末梢血の単球数が $1,000 / \mu\text{L}$ 未満である。
- 4) $t(8;21)(q22;q22)$, $t(15;17)(q22;q12)$, $inv(16)(p13q22)$ または $t(16;16)(p13;q22)$ の染色体異常を認めない。

B. 決定的基準

- 1) 骨髄塗抹標本において異形成(表 4)が、異形成の程度の区分(表 5)で Low 以上である。
- 2) 骨髄塗抹標本(鉄染色)において、骨髄赤芽球中環状鉄芽球が 15%以上である
(SF3B1 遺伝子変異がある場合は 5%以上である)。
- 3) 分染法、または fluorescence in situ hybridization (FISH) 法で骨髄異形成症候群が推測される染色体異常(表 6)を認める

再生不良性貧血の診療参照ガイド 検査所見から

- 軽症・中等症例では部分的に造血巣が残っていることが多いため、たまたま造血巣から骨髄が吸引された場合には骨髄像が正常または過形成を呈する。ただし、このような場合でも**再生不良性貧血であれば巨核球は減少している。この点が、ITP や MDS との間で鑑別する上で重要である。**骨髄の細胞密度を正確に評価するために、腸骨からの**骨髄生検は必須**である。ただし、生検を行ったとしても、病理学的に検索できるのはごく一部の骨髄に限られるので、**全身の造血能を評価するためには下記の MRI を併用することが望ましい。**

検査所見続き 染色体検査

- 細胞形態に異常を認めない典型的な再生不良性貧血であっても全体の **4～11%に染色体異常が認められる**。頻度の高い染色体異常は **8 トリソミー、7 モノソミー、del(13q) 56, 57)、6 番染色体の異常** などである。

N Engl J Med 2015; 373:35-47

Somatic Mutations and Clonal Hematopoiesis in Aplastic Anemia

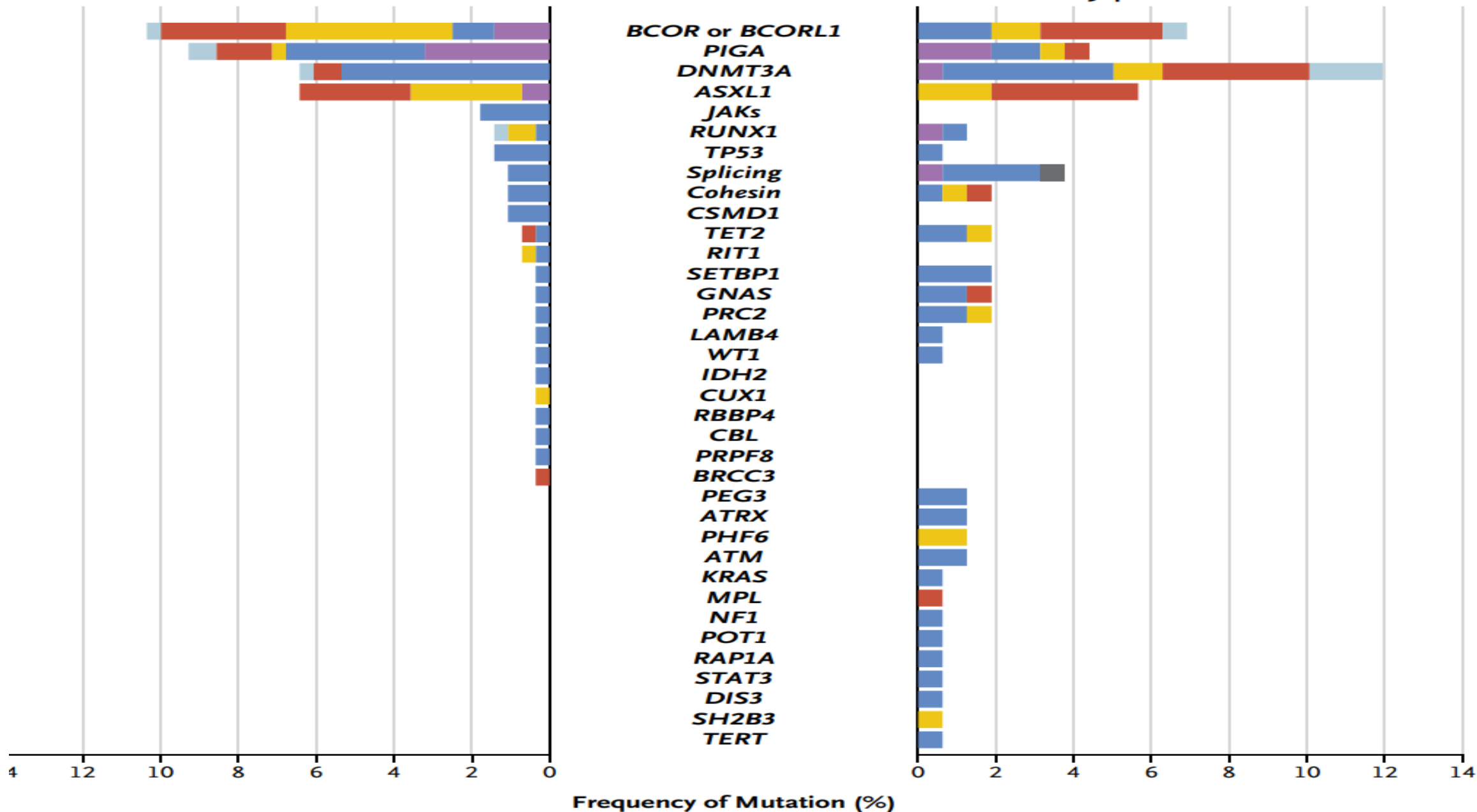
再生不良性貧血 概念：免疫学的な異常により造血幹細胞が枯渇し、造血全般が障害される疾患時にPNH（発作性夜間血色素尿症）が生じる。

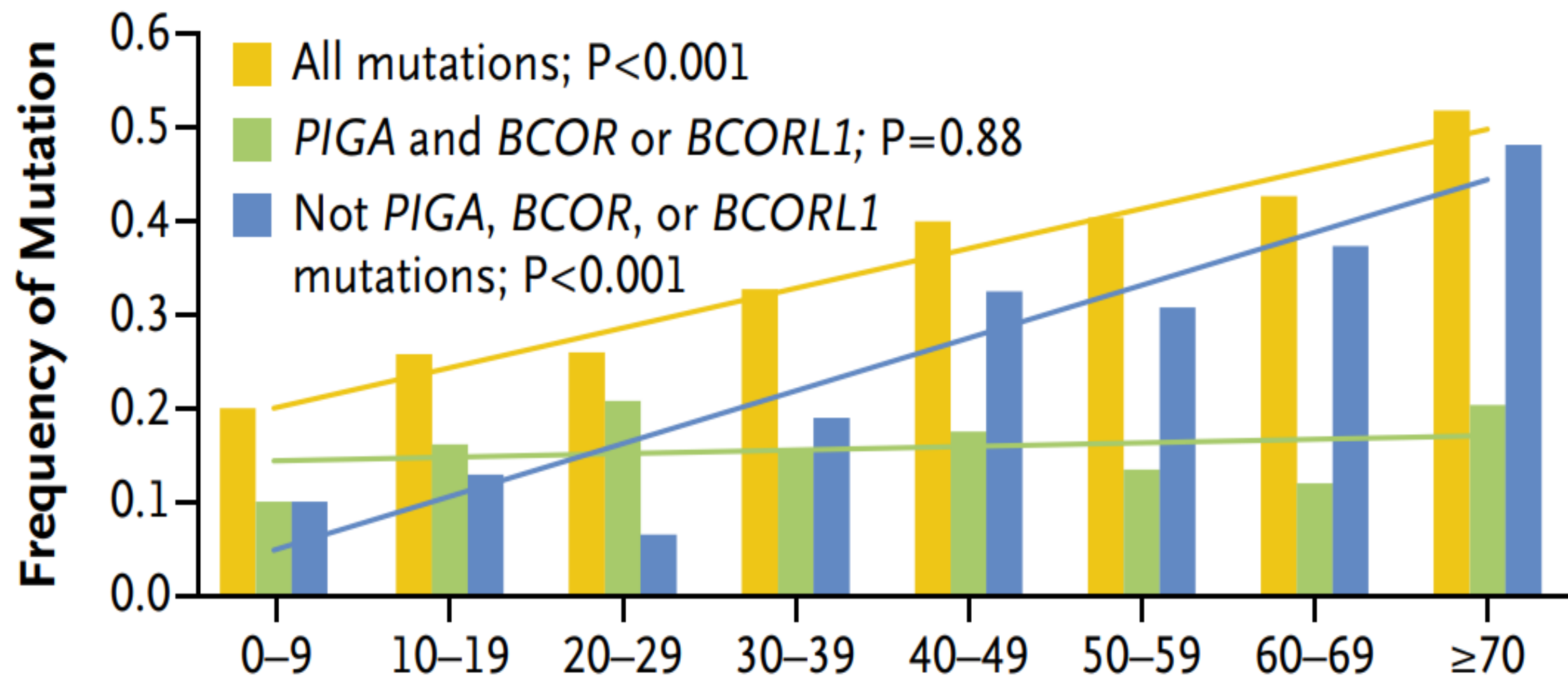
日本とアメリカの再生不良性貧血患者群を対象にゲノム解析を行った
全体 = 439例 668検体
52症例 135検体：全エクソンシーケンスを行う
全例：白血病の発症に関与する遺伝子 106個を解析する

■ Multiple mutations
 ■ Missense mutation
 ■ Nonsense mutation
 ■ Frameshift mutation
 ■ Splice-site mutation
 ■ Other mutation

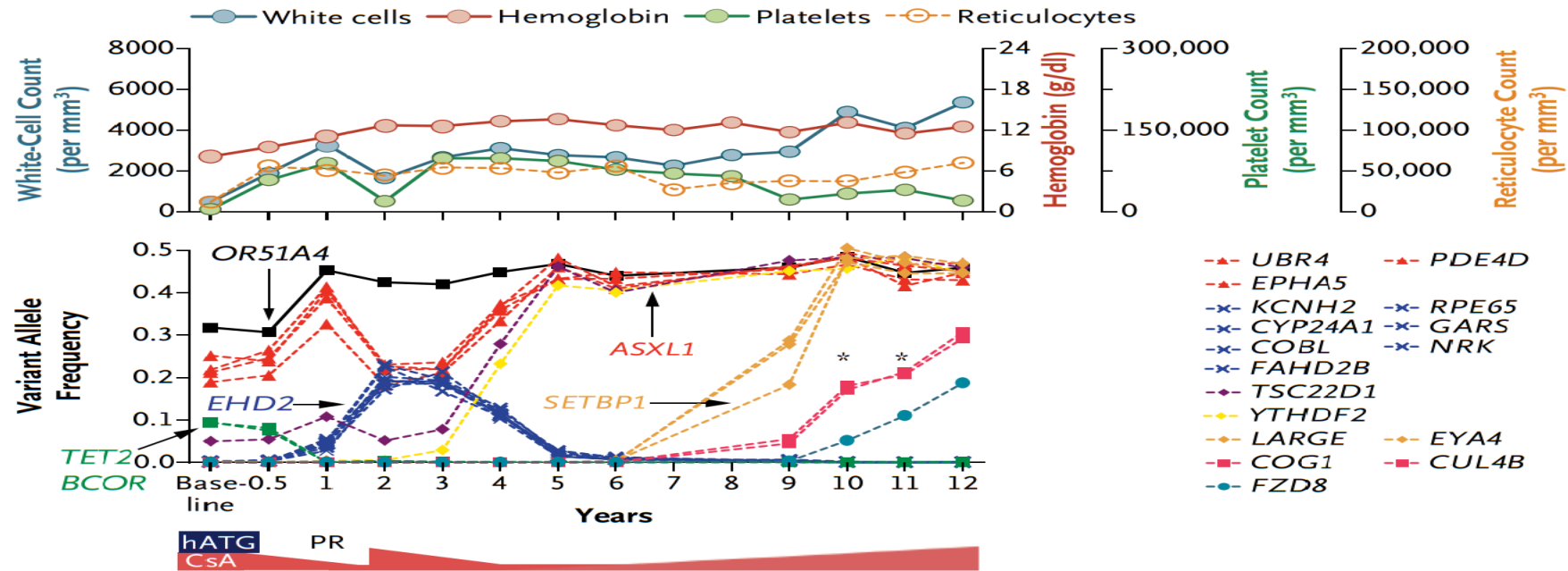
U.S. Cohorts

Japanese Cohort

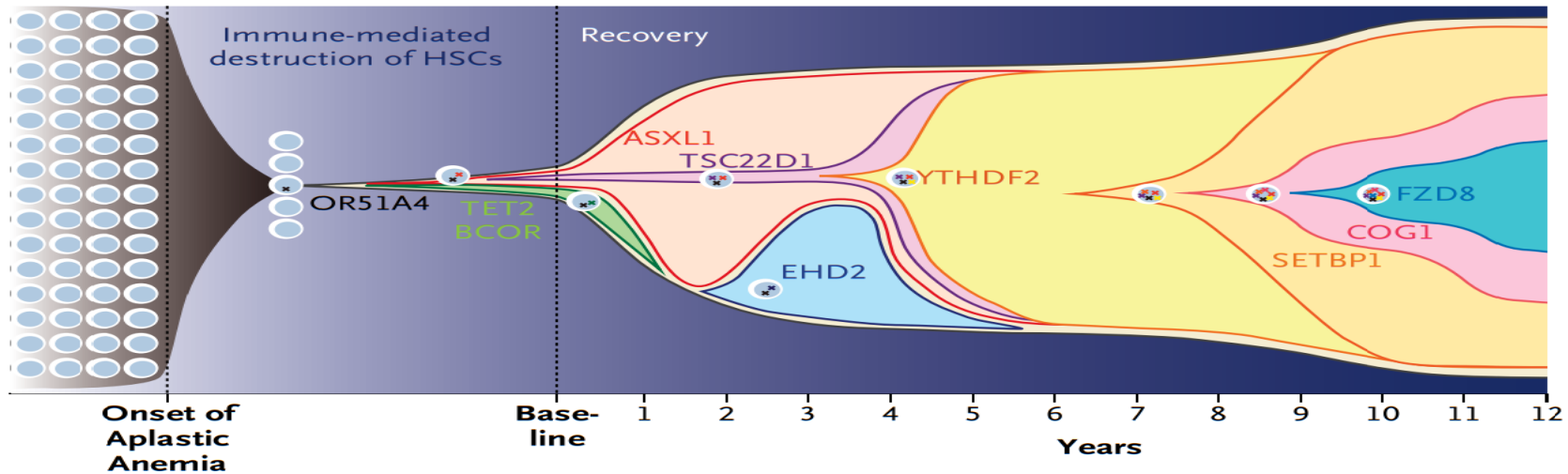


B

B Patient NIH075, 74-Yr-Old Man

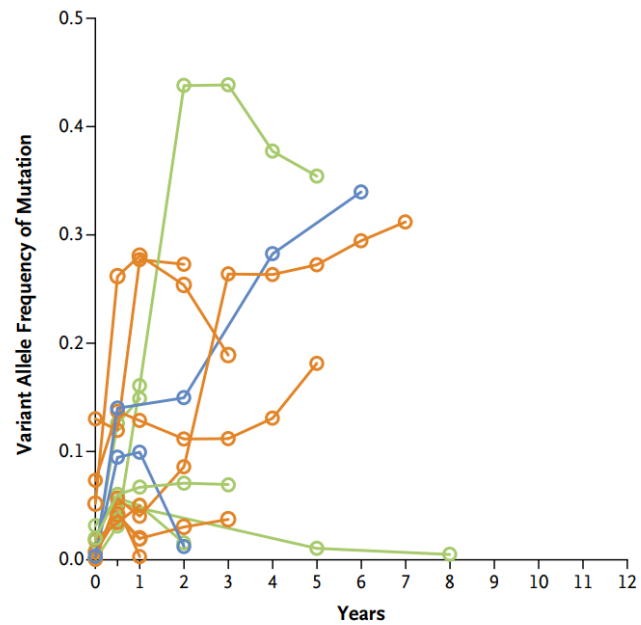


D Progression of Disease, Patient NIH075

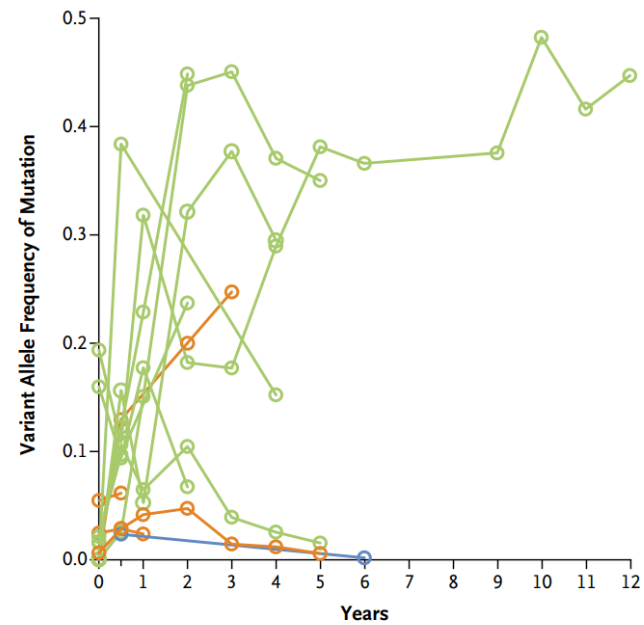


Complete response Partial response No response

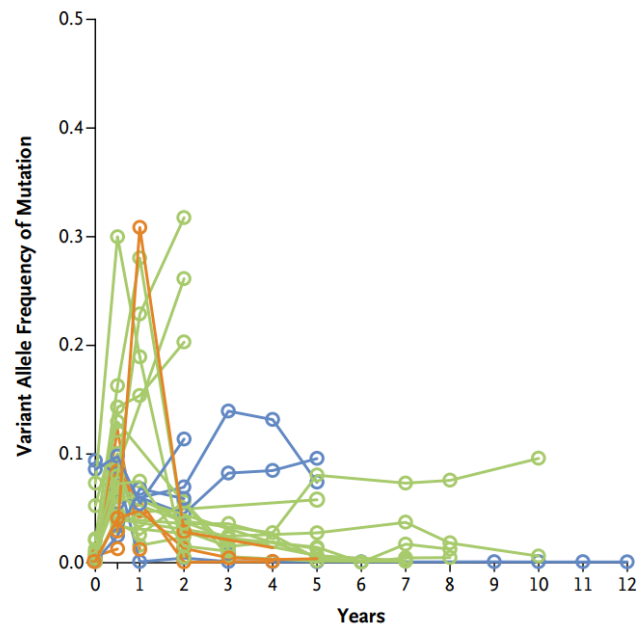
A DNMT3A



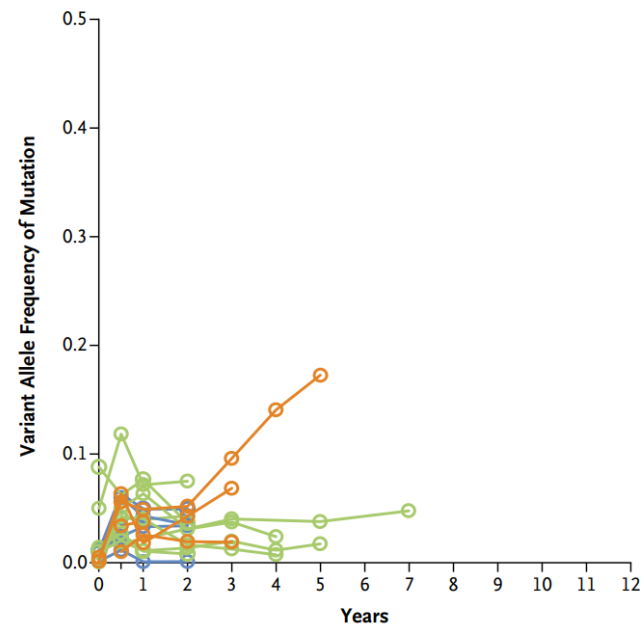
B ASXL1



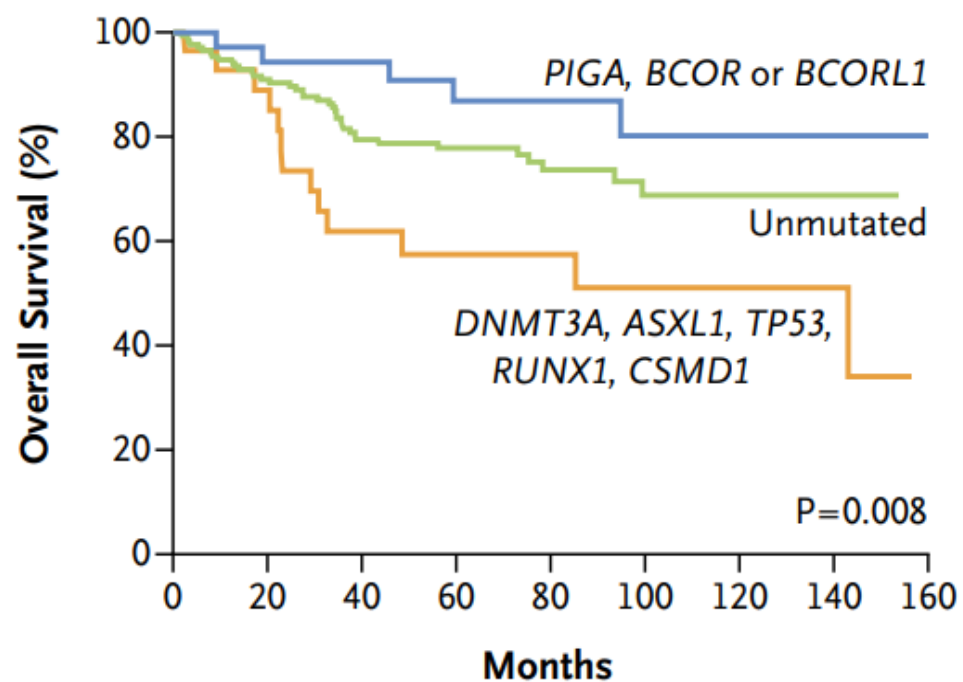
C BCOR and BCORL1



D PIGA



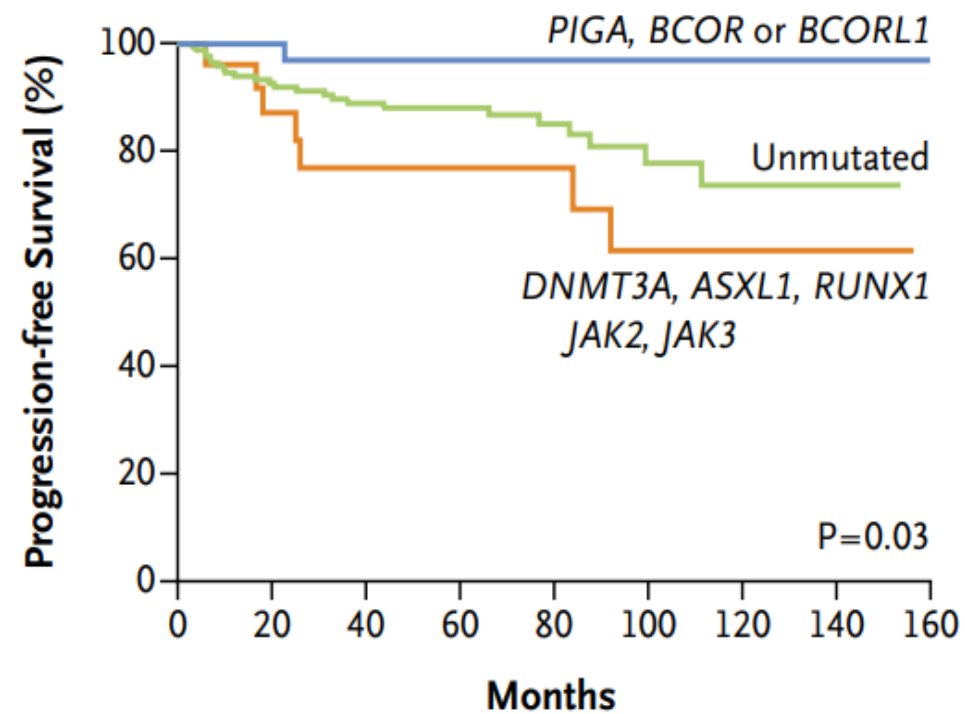
B Overall Survival



No. at Risk

<i>PIGA, BCOR or BCORL1</i>	34	34	33	23	18	12	8	7
Unmutated	176	142	116	84	48	27	13	6
<i>DNMT3A, ASXL1, TP53, RUNX1, CSMD1</i>	30	24	17	12	11	8	6	4

C Progression-free Survival



No. at Risk

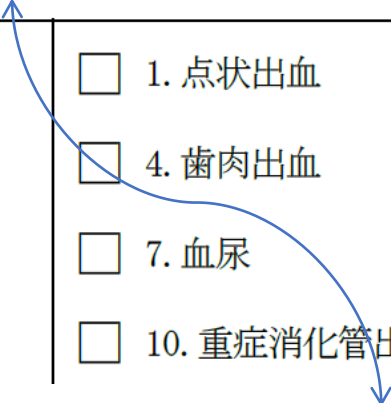
<i>PIGA, BCOR or BCORL1</i>	37	34	32	23	16	12	8	7
Unmutated	178	136	110	81	46	26	12	6
<i>DNMT3A, ASXL1, RUNX1, JAK2, JAK3</i>	28	20	15	13	12	7	6	4

063 ITP

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

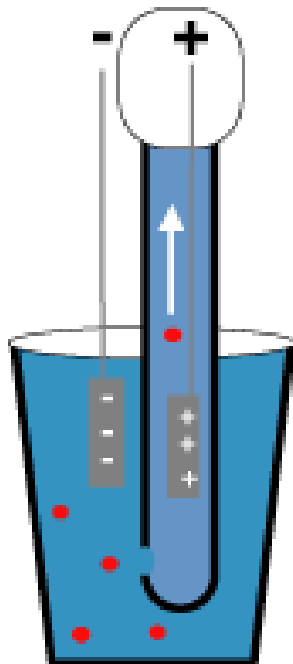
出血症状	記載時に最も近い 診察年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし											
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 点状出血	<input type="checkbox"/> 2. 斑状出血	<input type="checkbox"/> 3. 紫斑					<input type="checkbox"/> 4. 歯肉出血	<input type="checkbox"/> 5. 鼻出血	<input type="checkbox"/> 6. 月経過多		
	<input type="checkbox"/> 7. 血尿	<input type="checkbox"/> 8. 吐血あるいは下血		<input type="checkbox"/> 9. 関節出血					<input type="checkbox"/> 10. 重症消化管出血	<input type="checkbox"/> 11. 脳出血	<input type="checkbox"/> 12. その他		



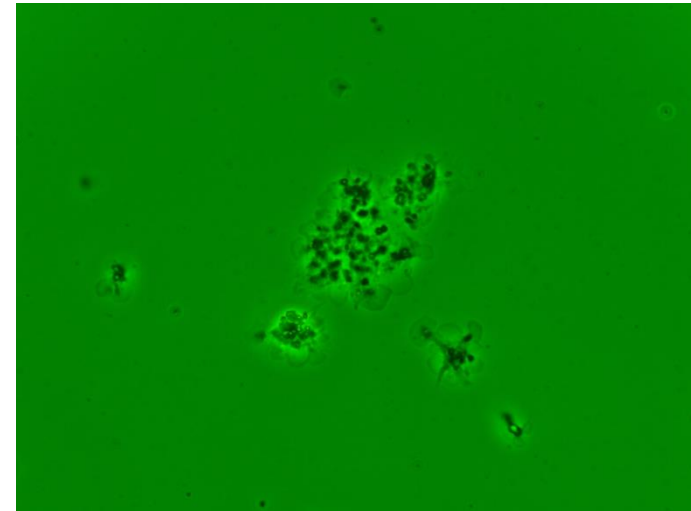
認定に関係しないが、重症度判定に重要！

偽性血小板減少症

血小板凝集のために、血小板をコールターカウンター理論で測定すると血小板とカウントされず、血小板が過少評価されるもの。



電気パルス



血小板凝集は無いですか？と分画を目視してもらう検査を出す時に依頼すればOK

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	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日	西暦	年 月 日
白血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	貧血	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 失血性 <input type="checkbox"/> 3. 鉄欠乏性
赤血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	白血球数	/ μL
赤血球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu\text{L}$	ヘモグロビン	g/dL
MCV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fL	血小板数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu\text{L}$

6カ月以内に最低の数値を記載する。
新規の場合は、治療前で最低値を記載する。

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ない（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る。）。

2. 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あって、直近6か月間で最も悪い状態を医師が判断することとする。

血中トロンボポエチン値（新規）	<input type="checkbox"/> 1. 高値	<input type="checkbox"/> 2. 正常	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
HBs 抗原（新規）	肝硬変を否定したいため +ならLCでないことを十分経過概要に書く。		<input type="checkbox"/> 3. 未実施
抗 HCV 抗体（新規）			<input type="checkbox"/> 1. 陽性
ヘリコバクター・ピロリ菌（新規） どちらでも良い。	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
血小板結合性免疫グロブリン G (PAIgG) の増加（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未実施

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

最も重要。鑑別が難しい場合は診断根拠を記載する。更新の場合は、出血傾向の有無やMDSで無いことが分かると良い。（ステロイド反応性が良かった、など。）

PAIgG と PBIgG

PAIgG = 血小板関連IgG

血小板に結合したIgG

AIHAにおける直接クームス試験に該当

陽性率は90%以上であるが、特異性は無い。

(血小板 α 顆粒にもIgGはある。血小板が非特異的にIgGを結合させる。)

PBIgG = 血小板に結合するIgG

間接クームス試験に相当する

陽性率が低い。



必須の検査では無い。

「白血球形態異常あり」あるいは「赤血球形態異常あり」の場合は、白血病、骨髄異形成症候群（MDS）鑑別のため骨髄検査を求める。

「白血球数」が3,000/ μ L未満の場合あるいは10,000/ μ L以上の場合は、白血病や再生不良性貧血あるいはMDS鑑別のため骨髄検査を求める。

「MCV（平均赤血球容積）」が、110以上の場合は骨髄検査を求める。

「血小板数」は、10万/ μ L以下がITP認定のための絶対条件である。

「白血球分画」で好中球が30%未満あるいはリンパ球が50%以上の場合は、骨髄検査を求める。

小児は、特別に骨髄穿刺を行わないでも認定を行うが、成人の場合、鑑別がつかないので、骨髄穿刺・染色体検査は必須である。

骨髄穿刺が施行不可能な場合は、その理由と、治療に対する反応性や鑑別診断ができることを経過・概要欄に記載するべき。

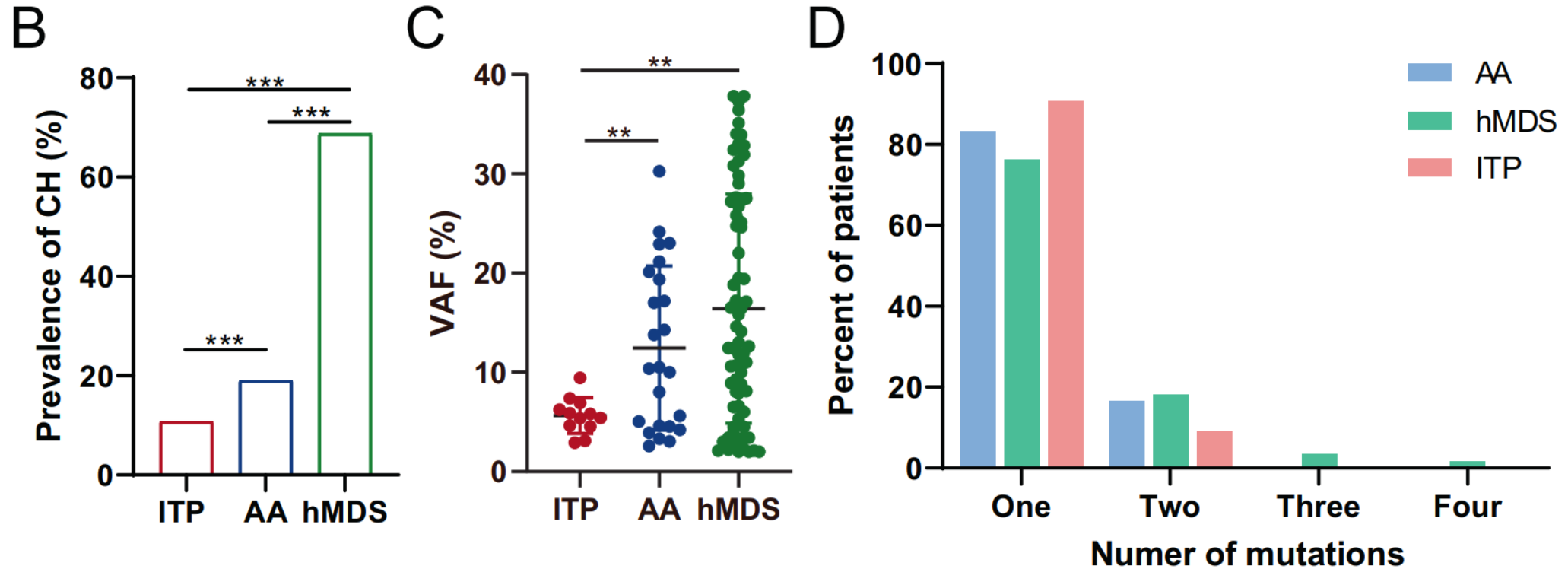
「骨髄検査」については検査手技などにより有核細胞数や巨核球数が低値となることがあるので、**有核細胞数や巨核球数が低値であってもITP認定可とする。**

「骨髄所見」で異型細胞が存在している場合は認定できない。

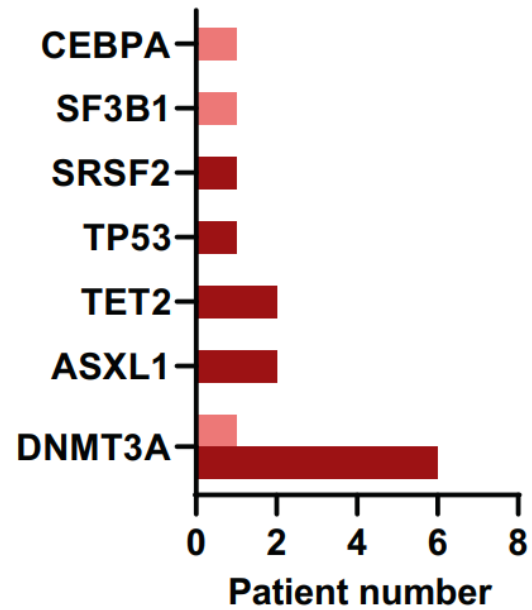
「骨髄染色体検査所見」においてMDSでしばしば認められる染色体異常（5q-、-7、+8、20q-）などを認めるときは、認定できない。

Clonal hematopoiesis in primary immune thrombocytopenia

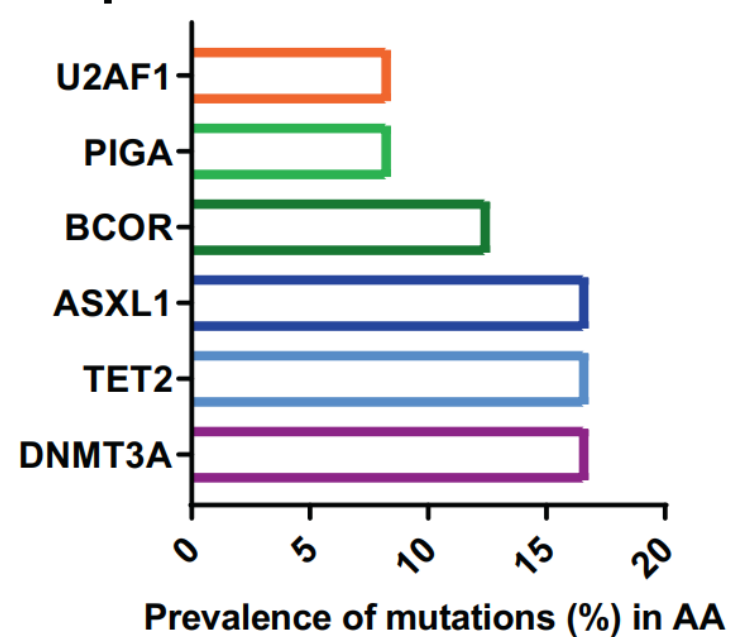
Blood Cancer J (2022) 12:40



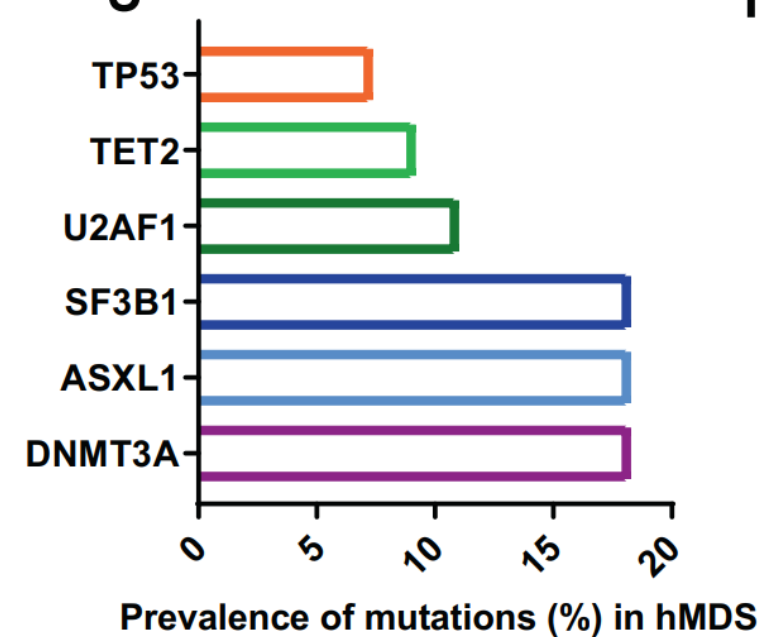
H



I



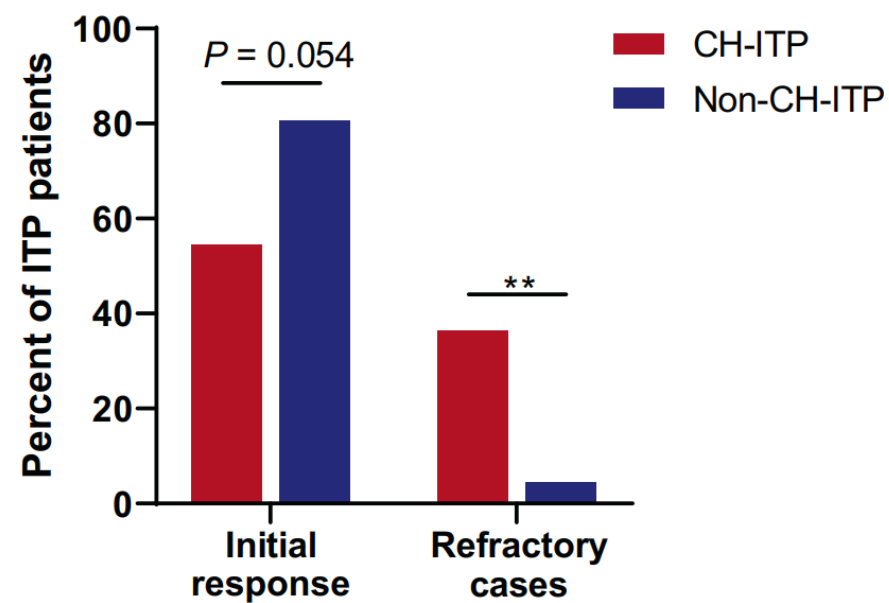
J



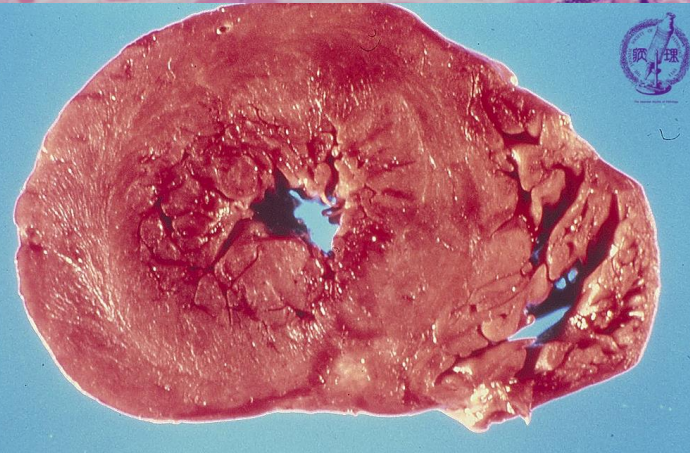
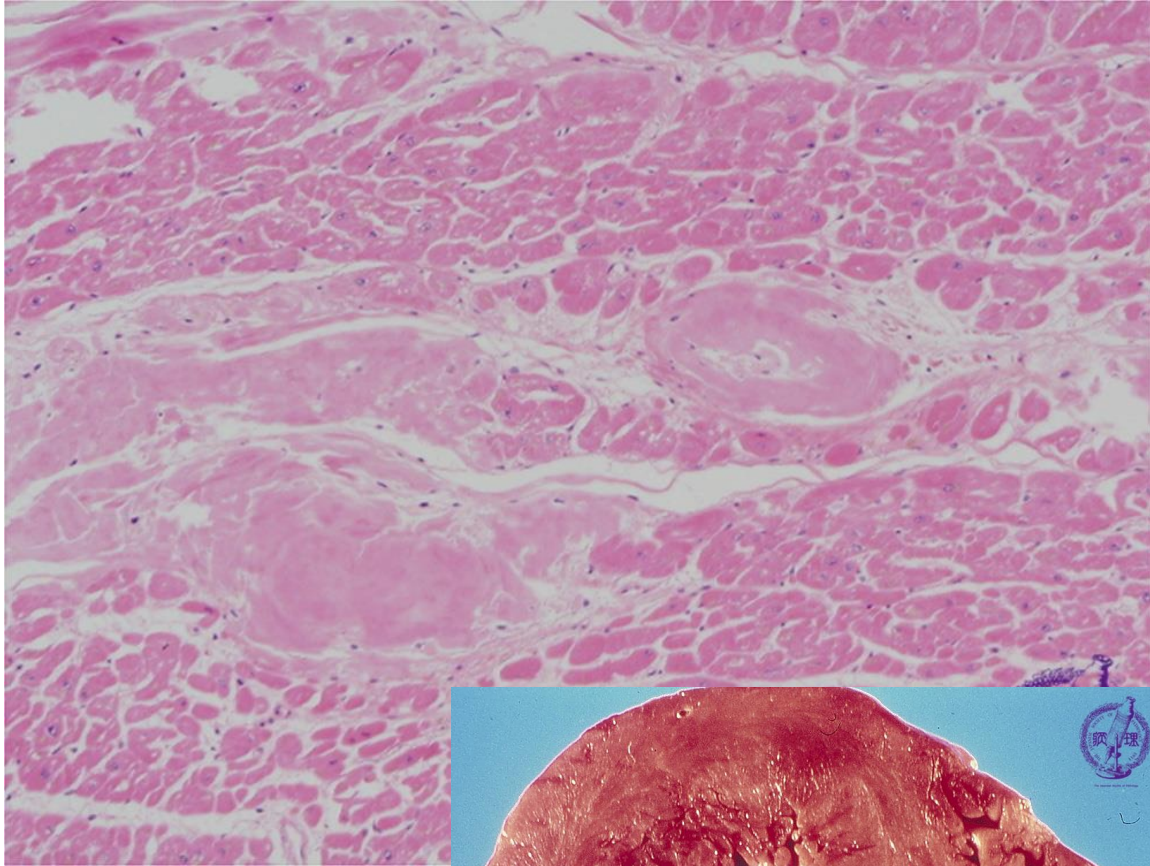
K

■ CH-ITP (VAF > 2%)
 ■ ITP with lower mutations (1% < VAF < 2%)

N



全身性アミロイドーシス



日本病理学会
コア画像より

1. 概要

全身性アミロイドーシス

(amyloidosis) は、線維構造をもつ蛋白質であるアミロイドが、全身臓器に沈着することによって機能障害を引き起こす一連の疾患群である。

< 診断基準 >

指定難病の対象となる病型は、免疫グロブリン性アミロイドーシス、家族性アミロイドーシス及び老人性トランスサイレチン型 (TTR) アミロイドーシスに限り、「Definite」例、「Probable」例を対象とする。多発性骨髄腫の診断基準に合致するものは除く。

アミロイドーシス

全身性アミロイドーシス

免疫性アミロイドーシス

原発性アミロイドーシス
多発性骨髄腫に伴うもの

反応性アミロイドーシス

リウマチ、IBD、Tbなどに伴う

老人性TTRアミロイドーシス

野生型トランスサイレチンの蓄積
老人剖検例の12-25%に観られる

家族性ATTRアミロイドーシス (FAP)

などの遺伝性アミロイドーシス

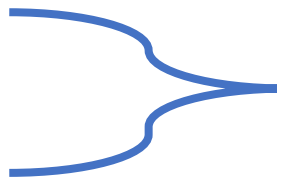
透析アミロイドーシス

・・・
・・・

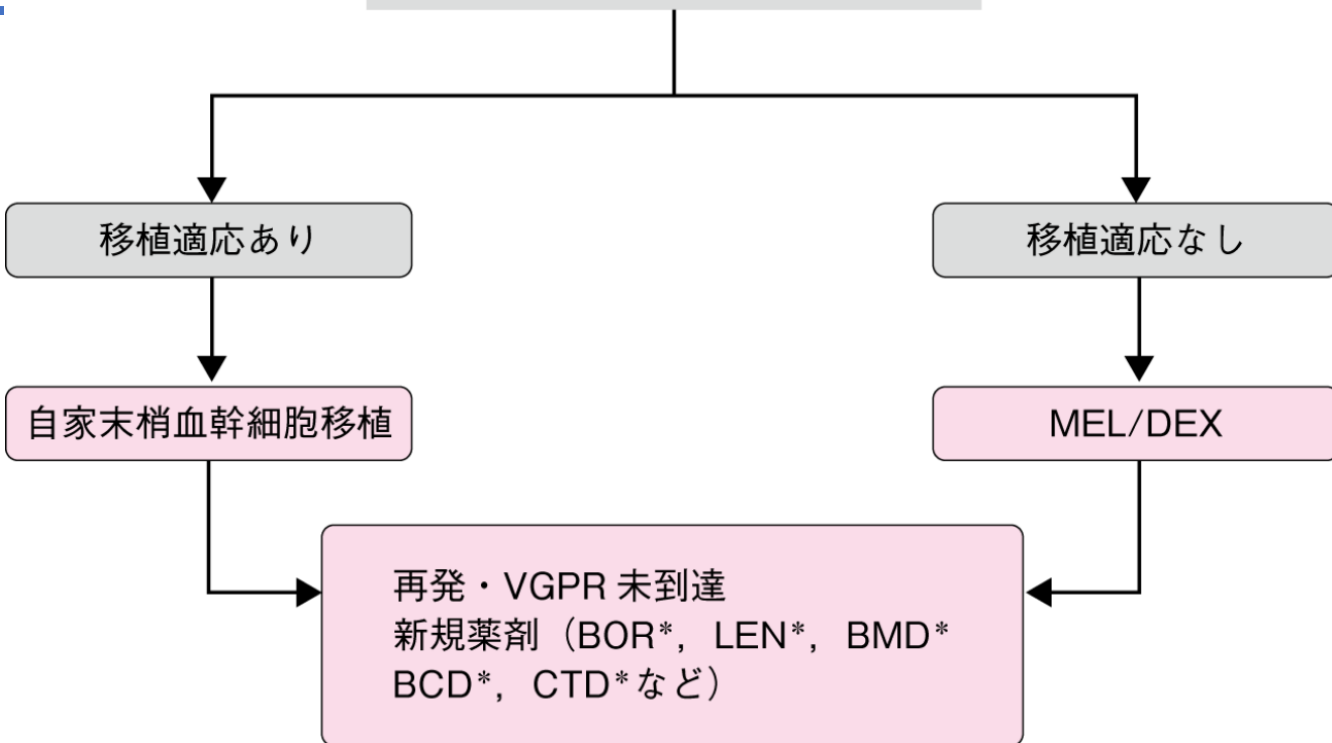
限局性アミロイドーシス

アルツハイマー病

・・・
・・・

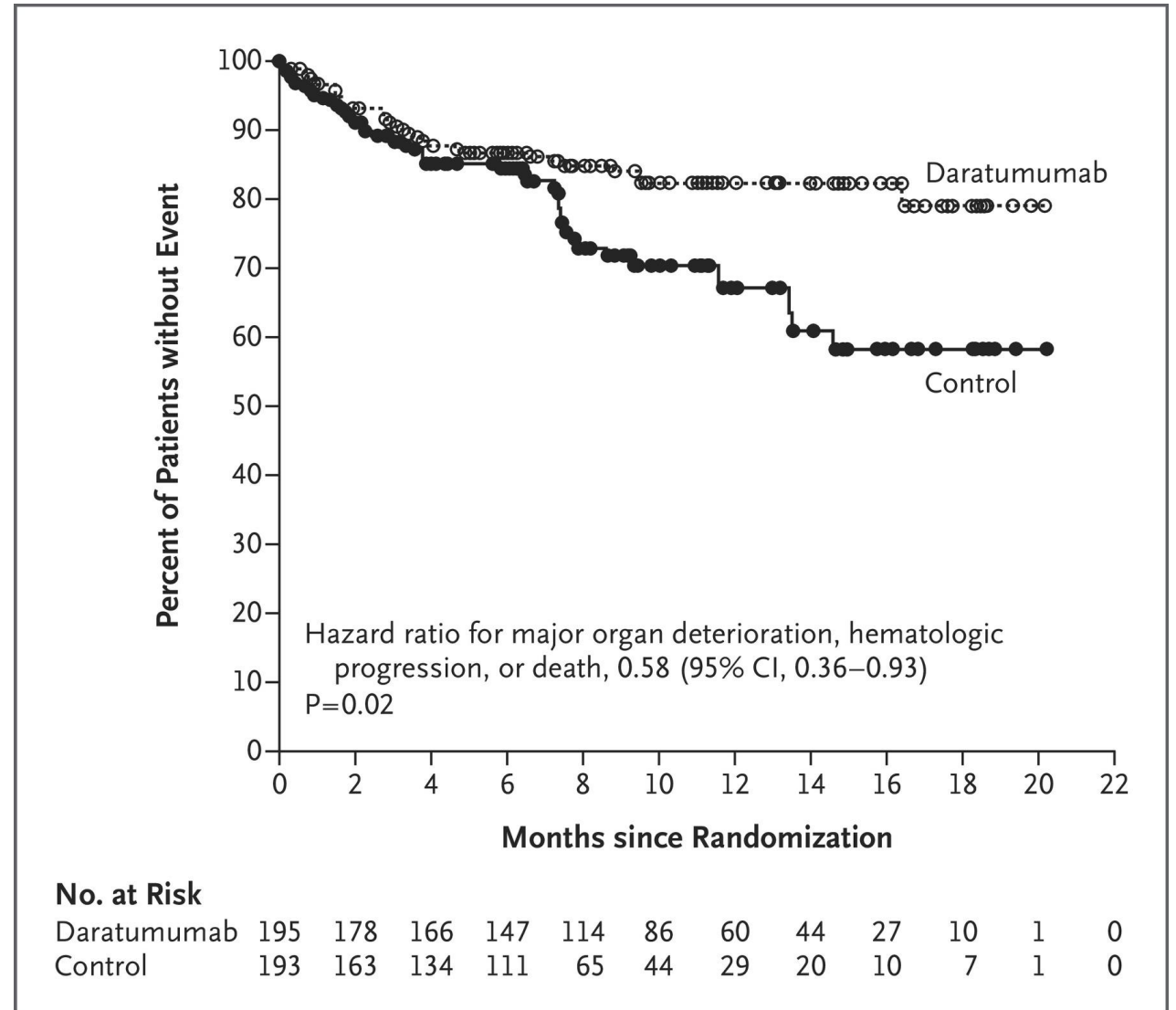
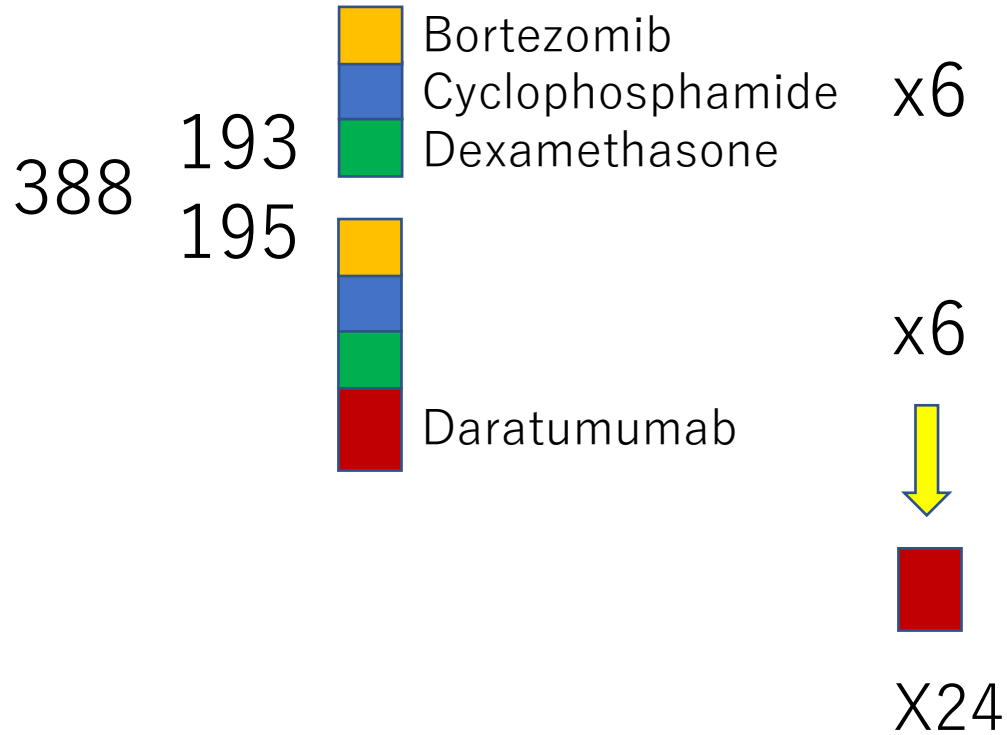


AL アミロイドーシスの診断確定

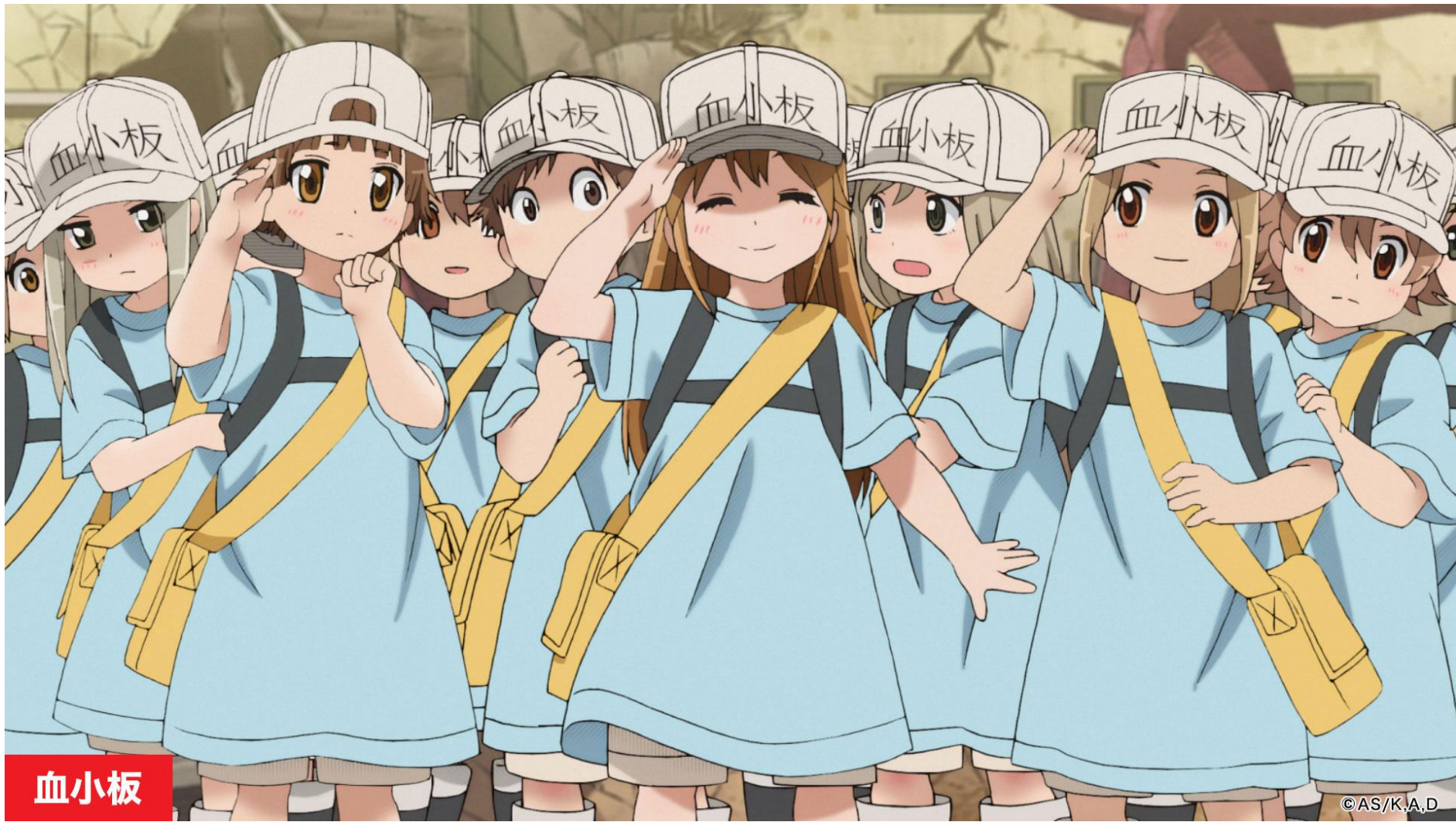


Daratumumab-Based Treatment for Immunoglobulin Light-Chain Amyloidosis

N Engl J Med 2021; 385:46-58



index	+Dara	CTRL	
CR ratio	53.3	18.1	RR 2.9 CI 2.2-4.1
6か月心臓改善	41.5%	22.2%	
6か月腎臓改善	53.0%	23.9%	
肺炎	7.8%	4.3 %	
心不全	6.2%	4.8%	
死亡者数	27	29	



はたらく細胞から

患者さんのsocial な問題の手助けを。

060 再生不良性貧血

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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

診断

本申請時の年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input type="checkbox"/> 2. 二次性 <input type="checkbox"/> 3. 特殊型 <input type="checkbox"/> 4. 先天性
原因 (二次性の場合)	
診断名 (特殊型の場合)	<input type="checkbox"/> 1. 肝炎後 <input type="checkbox"/> 2. 再生不良性貧血-PNH 症候群 <input type="checkbox"/> 3. MDS との境界型
診断名 (先天性の場合)	<input type="checkbox"/> 1. ファンconi貧血 <input type="checkbox"/> 2. 先天性角化異常症 <input type="checkbox"/> 3. その他
診断年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

A. 理学所見

身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
----	---	----	---

貧血症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 息切れ <input type="checkbox"/> 2. 動悸 <input type="checkbox"/> 3. 易疲労感 <input type="checkbox"/> 4. ふらつき <input type="checkbox"/> 5. 頭痛 <input type="checkbox"/> 6. その他 *6 を選択の場合、以下に記入
出血症状（傾向）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 皮下出血 <input type="checkbox"/> 2. 鼻出血 <input type="checkbox"/> 3. 消化管出血 <input type="checkbox"/> 4. 眼底出血 <input type="checkbox"/> 5. 性器出血 <input type="checkbox"/> 6. 頭蓋内出血 <input type="checkbox"/> 7. その他 *7 を選択の場合、以下に記入
感染の徴候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 発熱 <input type="checkbox"/> 2. 気道症状 <input type="checkbox"/> 3. 咳嗽 <input type="checkbox"/> 4. その他 *4 を選択の場合、以下に記入

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

末梢血検査（診断時又は治療前、更新例では直近の値）													
検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日			
白血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ μ L	赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L	
ヘモグロビン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	MCV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	fL		
血小板	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L	好中球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ μ L
網赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L							
白血球分画	好中球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	好酸球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	
	好塩基球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	単球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	
	リンパ球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	その他	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	

骨髓検査 (更新例では前回以降施行していなければ記載不要)				
検査実施日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
骨髓生検所見	<input type="checkbox"/> 1. 過形成 <input type="checkbox"/> 2. 正形成 <input type="checkbox"/> 3. 低形成			
	病理医 所見			
骨髓穿刺所見	<input type="checkbox"/> 1. 腸骨 <input type="checkbox"/> 2. 胸骨	有核細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL	赤芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
顆粒球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	単球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
リンパ球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
各血球系統の10%以上を 占める形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 評価不能			
	<input type="checkbox"/> 赤芽球系 <input type="checkbox"/> 顆粒球系 <input type="checkbox"/> 巨核球系			
	形態異常 の内容	赤芽球系		
		顆粒球系		
巨核球系				
PNH 関連検査				
Ham 試験	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施			
GPI アンカー 膜蛋白欠損細胞 (フローサイトメトリ法)	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		
	顆粒球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		
	その他の血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		
	その他の血球名			
	判定：陰性細胞の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

血液生化学検査			
血清鉄	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL	不飽和鉄結合能
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		μg/dL
フェリチン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng /dL	
胸腰椎体 MRI	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	造血組織の減少	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	脂肪組織の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし

C. 細胞遺伝学的検査

骨髓染色体分析	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 異常	<input type="checkbox"/> 3. 解析不能
異常細胞の割合	<input type="text"/> <input type="text"/> /20	または <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
異常所見		

D. 鑑別診断

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。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 一部除外不可
<input type="checkbox"/> 1. 白血病	<input type="checkbox"/> 2. 骨髓異形成症候群	<input type="checkbox"/> 3. 巨赤芽球性貧血
<input type="checkbox"/> 4. 骨髓線維症	<input type="checkbox"/> 5. 癌の骨髓転移	<input type="checkbox"/> 6. 全身性エリテマトーデス
<input type="checkbox"/> 7. 脾機能亢進症 (肝硬変、門脈圧亢進症など)	<input type="checkbox"/> 8. 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 9. 血球貪食症候群
<input type="checkbox"/> 10. 感染症	<input type="checkbox"/> 11. 発作性夜間ヘモグロビン尿症	<input type="checkbox"/> 12. 多発性骨髓腫

<診断のカテゴリー>

Definite : A. の貧血、出血傾向(ときに発熱)を認め、 以下の検査所見の2項目以上を満たし、Dの疾患が除外可	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. ヘモグロビン濃度 : 10.0 g/dL 未満	<input type="checkbox"/> 2. 好中球 : 1,500/μL 未満	
<input type="checkbox"/> 3. 血小板 : 10 万/μL 未満		

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

発病までの経過（新規の場合）または過去1年間の経過（更新の場合）

■ 発症と経過（更新）

病像の移行 (更新例の経過)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	移行年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. PNH <input type="checkbox"/> 2. MDS *2を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 3. 急性骨髄性白血病 <input type="checkbox"/> 4. その他
	病型	

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
アンドロゲン療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
造血細胞移植療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施（下欄に内容を記載） <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 実施予定	
	施行日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

063 特発性血小板減少性紫斑病

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <input type="text"/>	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 点状出血 <input type="checkbox"/> 2. 斑状出血 <input type="checkbox"/> 3. 紫斑 <input type="checkbox"/> 4. 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 5. 鼻出血 <input type="checkbox"/> 6. 月経過多 <input type="checkbox"/> 7. 血尿 <input type="checkbox"/> 8. 吐血あるいは下血 <input type="checkbox"/> 9. 関節出血 <input type="checkbox"/> 10. 重症消化管出血 <input type="checkbox"/> 11. 脳出血 <input type="checkbox"/> 12. その他
脳出血（更新）	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
重症感染症（更新）	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

糖尿病 (更新)	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
脊椎圧迫骨折 (更新)	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
大腿骨頭壊死 (更新)	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
血栓症 (動脈・静脈) (更新)	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
その他 (更新)	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名		
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日	西暦	年 月 日
白血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	貧血	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 失血性 <input type="checkbox"/> 3. 鉄欠乏性
赤血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	白血球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L
赤血球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L	ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
MCV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fL	血小板数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L

白血球分画	好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	好塩基球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	単球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	リンパ球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	その他	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
骨髓検査 (新規)				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	未実施の理由			
骨髓穿刺部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸骨 <input type="checkbox"/> 2. 腸骨	有核細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL 又は <input type="checkbox"/> 1. 減少 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 増加			
	血小板付着像	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
顆粒球/ 赤芽球比	(M/E比)			
異型細胞の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	<input type="checkbox"/> 赤芽球系 <input type="checkbox"/> 顆粒球系 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入			
骨髓染色体分析	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	所見	<input type="checkbox"/> 1. GP IIb/IIIa <input type="checkbox"/> 2. GP Ib <input type="checkbox"/> 3. その他		

網状血小板比率	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施								
	検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	比率	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%					
	正常値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%					
血中トロンボポエチン値 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 高値		<input type="checkbox"/> 2. 正常	<input type="checkbox"/> 3. 未実施						
HBs 抗原 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施						
抗 HCV 抗体 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施						
ヘリコバクター・ピロリ菌 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施						
血小板結合性免疫グロブリン G (PAIgG) の増加 (新規)		<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 再生不良性貧血	<input type="checkbox"/> 2. 骨髄異形成症候群	<input type="checkbox"/> 3. 白血病	
<input type="checkbox"/> 4. 血栓性血小板減少性紫斑病	<input type="checkbox"/> 5. 薬剤による血小板減少症	<input type="checkbox"/> 6. 膠原病	
<input type="checkbox"/> 7. 抗リン脂質抗体症候群	<input type="checkbox"/> 8. 血小板減少をきたす先天性疾患	<input type="checkbox"/> 9. 肝硬変	
<input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症	<input type="checkbox"/> 11. 薬剤又は放射線障害	<input type="checkbox"/> 12. 発作性夜間血色素尿症	
<input type="checkbox"/> 13. 全身性エリテマトーデス	<input type="checkbox"/> 14. 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 15. 骨髄癌転移	
<input type="checkbox"/> 16. 播種性血管内凝固症候群	<input type="checkbox"/> 17. 脾機能亢進症	<input type="checkbox"/> 18. 巨赤芽球性貧血	
<input type="checkbox"/> 19. 敗血症	<input type="checkbox"/> 20. 結核症	<input type="checkbox"/> 21. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 22. 血管腫

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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、骨髄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
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 3か月未満	<input type="checkbox"/> 2. 3か月以上12か月未満	<input type="checkbox"/> 3. 12か月以上
この1年の経過 (更新)	<input type="checkbox"/> 1. 治癒	<input type="checkbox"/> 2. 軽快	<input type="checkbox"/> 3. 不変
	<input type="checkbox"/> 4. 徐々に悪化	<input type="checkbox"/> 5. 急速に悪化	<input type="checkbox"/> 6. その他

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. 無治療			<input type="checkbox"/> 2. 治療あり									
ピロリ除菌療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施										
	実施日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善		<input type="checkbox"/> 2. 不変		<input type="checkbox"/> 3. 悪化		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施										
	プレドニゾン 換算量	<input type="text"/>					mg						
		単位	<input type="checkbox"/> 1. /日		<input type="checkbox"/> 2. /週								
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善		<input type="checkbox"/> 2. 不変		<input type="checkbox"/> 3. 悪化		<input type="checkbox"/> 4. 不明					
脾摘治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施										
	実施日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善		<input type="checkbox"/> 2. 不変		<input type="checkbox"/> 3. 悪化		<input type="checkbox"/> 4. 不明					

028 全身性アミロイドーシス

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <input type="text"/>	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み/不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安/ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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

診断

<input type="checkbox"/> 1. 免疫グロブリン性、反応性 AA 及び老人性 TTR アミロイドーシス
<input type="checkbox"/> 2. 家族性アミロイドニューロパチー

A. 主要所見

理学所見	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
	脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分 体温 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	低血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

全身衰弱	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
体重減少	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
貧血	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
浮腫	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
胸痛	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
紫斑	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
肝腫大	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
脾腫	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
巨舌	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
shoulder-pad sign、 その他関節肥大	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
多発性ニューロパチー	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
手根管症候群	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
皮膚の強皮症様肥厚、 結節	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
甲状腺、唾液腺などの 硬性肥大	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
四肢の関節変形	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	
感覚神経	温痛覚障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明
	振動覚、位置覚の障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明
運動神経	筋萎縮	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明
	筋力低下	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明

自律神経	起立性低血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	胃腸障害（頑固な便秘・下痢）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	吸収不良症候群	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	激しい嘔気、嘔吐発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	不定な腹痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	腹部重圧感	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	陰萎（男性）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	排尿障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	尿失禁	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	発汗異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
皮膚栄養障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
難治性潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

組織検査				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
検査部位	<input type="checkbox"/> 1. 皮膚	<input type="checkbox"/> 2. 腎臓	<input type="checkbox"/> 3. 胃・十二指腸	
	<input type="checkbox"/> 4. 直腸	<input type="checkbox"/> 5. 脂肪組織		
アミロイド沈着所見	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 疑う	<input type="checkbox"/> 3. なし	
心電図検査				
低電位差	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	不整脈	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
伝導障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	QS型 (V1~V3)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
心エコー検査				
心肥大	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未実施	
その他異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未実施	

腎機能検査			
蛋白尿・腎機能障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
血清・尿の免疫電気泳動			
所見	<input type="checkbox"/> 1.異常あり <input type="checkbox"/> 2.異常なし <input type="checkbox"/> 3.未施行		
M蛋白	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
尿中ベンス・ジョーンズ蛋白	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
フリーライトチェーン	<input type="checkbox"/> 1.+ <input type="checkbox"/> 2.-		
免疫組織化学検査	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1.AL <input type="checkbox"/> 2.TTR
血清診断			
変異トランスサイレチンの検出	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.未実施		
血中トランスサイレチンレベルの低下	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1.+ <input type="checkbox"/> 2.-

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1.実施 <input type="checkbox"/> 2.非実施		
<input type="checkbox"/> 1.トランスサイレチン点変異 <input type="checkbox"/> 2.ゲルソリン点変異			
*1を選択の場合、以下に記入			
部位			
*2を選択の場合、以下に記入			
部位			