

88 古典的特発性好酸球増多症候群 (旧称: 特発性好酸球増多症候群) 臨床調査個人票 (2. 更新)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)												
氏 名																		
住 所	郵便番号		電 話 ( )	出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県													
発病年月	年 月 (満 歳)	初診年月日	年 月 日	保 険 種 別	1. 協 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 後													
身障手帳	1. あり (等級__級) 2. なし	介 護 保 険	1. あり (要介護度__)	2. 要支援	3. なし													
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 ( ))					初回認定年月												
	日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)					年 月												
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明 ありの場合 (続柄 )	受 診 状 況 (最近1年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 ( /月) 4. 往診 5. 入通院なし 6. その他 ( )															
治療と経過 (具体的に記述)																		
最近1年の経過 (治癒・軽快・不変・徐々に悪化・急速に悪化・その他 ( ))																		
治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ( ))																		
表の空欄および _____ 部に検査値を記入してください。該当の□に✓印を記入し、 _____ 部には具体的に記述してください。																		
<p>1 病型分類 (該当する病型の□に✓印を記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> L-HES (リンパ球性 HES (T リンパ球の表面抗原の異常 [CD3- CD4+ など] を伴うもの、T リンパ球のクローン性増殖を伴うもの))</p> <p><input type="checkbox"/> M-HES (骨髄増殖性 HES (FIP1L1-PDGFRA 遺伝子などが陽性のもの))</p> <p>→ <input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFRA 遺伝子 <input type="checkbox"/> その他の遺伝子 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 特発性 HES</p>																		
<p>2 最近1年間の好酸球数の経過 (好酸球は%でも可) (検査を実施していれば記載してください。)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>白血球数</td> <td>/μl</td> <td>/μl</td> <td>/μl</td> </tr> <tr> <td>好酸球数</td> <td>/μl %</td> <td>/μl %</td> <td>/μl %</td> </tr> </tbody> </table>								年 月 日	年 月 日	年 月 日	白血球数	/μl	/μl	/μl	好酸球数	/μl %	/μl %	/μl %
	年 月 日	年 月 日	年 月 日															
白血球数	/μl	/μl	/μl															
好酸球数	/μl %	/μl %	/μl %															
<p>3 最近1年以内の検査所見 ( 年 月 日) (検査を実施していれば記載してください。)</p> <p>CRP _____ mg/dl ESR _____ mm/h Plt _____ ×10<sup>4</sup>/μl IgE _____ (基準値 _____)</p> <p>MPO-ANCA _____ (基準値 _____) P-ANCA _____ (基準値 _____) PR-3ANCA _____ (基準値 _____)</p> <p>C-ANCA _____ (基準値 _____)</p>																		
<p>4 好酸球増多による臓器障害の存在 (最近1年以内の情報を記載してください。具体的所見を記載の上、下記の症状・臓器障害のうち、最近1年以内に認めたもの全ての□に✓印を記入してください。)</p> <p>具体的所見: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱 (38℃以上が2週間以上続く。好酸球増多症に基づくもの) 具体的な期間 年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 体重減少 (6か月以内に6kg以上。好酸球増多症に基づくもの) 具体的な変化 年 月 日 kg → 年 月 日 kg</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓障害 (□心内膜炎 □心筋障害 □心不全) 具体的な症状 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器障害 (□胸膜炎 □肺浸潤) 具体的な症状 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 関節病変 (3か所以上の関節炎が6週間以上持続) 具体的な症状 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚症状 (□皮膚潰瘍 □指尖出血血栓) 具体的な期間と症状 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 中枢神経障害 具体的な症状 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 消化器障害 (□腹痛 □下痢 □下血) 具体的な症状 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 腎障害 (□血尿 □蛋白尿1.0g/日以上 □血清Cr高値)</p>																		

**5** 治療内容について記載してください。

① 直近 6 か月の疾患特定のな治療 (ステロイド療法、ステロイドパルス療法・免疫抑制剤など) 実施の有無

- 1.あり → 具体的な治療内容 (使用薬、開始時期、反応性など) について、②に記載してください  
 2.なし → 治療中止時期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

最近 1 年間の治療内容、治療を中止した理由及び今後の治療予定等について、②に記載してください。

② 治療内容又は治療予定等

-----  
 -----  
 -----

医療上の問題点

医療機関名

医療機関コード

医療機関所在地

\_\_\_\_\_

担当医師 氏名

記載年月日：令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

※自筆または押印のこと

診断年月日：令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

- (注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定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です。)  
 2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、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。  
 3 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。  
 4 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。  
 5 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して 3 か月以内です。

◆古典的特発性好酸球増多症候群 (旧称：特発性好酸球増多症候群) の医療費等助成認定基準◆

(診断基準)

以下の**1**から**3**までを全て満たすもののうち、疾患特異的な治療 (副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤など) を要するもの。なお、新規申請時のみ、病理報告書のコピーの添付を要する。

**1** 末梢血好酸球数 1,500/ $\mu$ l 以上が 6 か月間以上持続していること。

**2** 下記の 2 か所以上臓器病変が存在する、又は病理組織所見で好酸球浸潤による 1 か所以上の臓器障害が認められたもの  
 心臓障害 (心内膜炎、心筋障害、心不全)、呼吸器障害 (胸膜炎、肺浸潤)、関節病変 (3 か所以上の関節炎が 6 週間以上持続)、皮膚症状 (皮膚潰瘍、指尖出血血栓)、中枢神経障害、消化器障害 (腹痛、下痢、下血)、腎障害 (血尿、蛋白尿 1.0g/日以上、血清クレアチニン高値)

**3** 以下の鑑別診断が除外できるもの

- ① アレルギー性疾患：気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、薬物アレルギー、急性アレルギー性じんま疹  
 ② 感染症：寄生虫、原虫、細菌、真菌、クラミジア  
 ③ 皮膚疾患：湿疹、天疱瘡、類天疱瘡、好酸球増加性回帰性血管浮腫、乾癬、Sezary 症候群  
 ④ 膠原病等：結節性動脈周囲炎、ウェグナー肉芽腫症、好酸球性筋膜炎、アレルギー性肉芽腫性血管炎 (Churg-Strauss 症候群)  
 ⑤ 悪性腫瘍：悪性リンパ腫  
 ⑥ 血液疾患：急性リンパ性白血病、慢性骨髄性白血病、好酸球性消化管疾患、木村病、周期性好酸球増加症

(重症度分類等)

疾患特異的な治療 (副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤など) を要するものを重症例として対象とする。