

88 古典型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(案)(1.新規)

Header information form including name, sex, birth date, address, medical history, and insurance details.

該当の□にレ印を記入してください。()内は選択、あるいは詳細を記載してください。

- 1 病型分類 (該当する病型の□にレ印を記入してください。)
□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))
□M-HES (骨髄増殖性 HES (FIP1L1-PDGFRA 遺伝子陽性のもの))
□特発性 HES

2 発症と経過

3 ① 末梢血好酸球数のデータを6か月間以上の期間にわたり記載してください。(好酸球は%でも可)

Table for recording eosinophil count data over time, with columns for year, month, and count.

- ② 最近6か月以内の以下のデータ (年 月 日)
CRP _____ mg/dl ESR _____ mm/h Plt _____ ×10⁴/μl IgE _____ (基準値 _____)
MPO-ANCA _____ (基準値 _____) P-ANCA _____ (基準値 _____)
PR-3 ANCA _____ (基準値 _____) C-ANCA _____ (基準値 _____)

4 好酸球増多による臓器障害の存在 (具体的所見を記載の上、下記の症状・臓器障害のうち、経過中認めたもの全ての□にレ印を記入してください。下記項目に該当がない場合は、「該当項目なし」の□にレ印を記入してください。)

- 具体的所見:
□ 該当項目なし
□ 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。) 具体的な期間について _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
□ 体重減少 (6か月以内に6 kg 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
□ 心臓障害 (□心内膜炎 □心筋障害 □心不全) 具体的な症状 _____
□ 呼吸器障害 (□胸膜炎 □肺浸潤) 具体的な症状 _____
□ 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 _____
□ 皮膚症状 (□皮膚潰瘍 □指尖出血血栓) 具体的な期間と症状 _____
□ 中枢神経障害 具体的な症状 _____
□ 消化器障害 (□腹痛 □下痢 □下血) 具体的な症状 _____
□ 腎障害 (□血尿 □蛋白尿 1.0g/日以上 □血清 Cr 高値)
尿所見 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

資料3-5①

5 病理組織所見 (病理報告書のコピーの添付を要す)
(生検部位 _____) (検査 年 月 日) (ステロイド治療 前・中)
好酸球浸潤の有無 (有・無)

6 鑑別除外診断

鑑別疾患(以下の疾患を鑑別し、全て除外できるものを対象とします。)

Table for differential diagnosis with checkboxes for various conditions like allergic diseases, infections, skin diseases, etc.

除外できない理由:

7 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 → 治療歴や今後の治療予定について、その治療内容 (ステロイド療法、ステロイドパルス療法・免疫抑制剤など) や開始時期等を②に記載してください。

② 治療内容又は治療予定等

Form for recording medical institution name, address, and physician details.

(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。)

事務処理欄 (ここには記入しないでください)

Administrative stamp area for recipient number.

Administrative stamp area for WISH and input.

◆古典型特発性好酸球増多症候群（旧称：特発性好酸球増多症候群）の医療費助成認定基準◆

(診断基準)

①から③までを全てを満たすもののうち、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。

- ① 末梢血好酸球数 1,500/ μ 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
新規申請時のみ、病理報告書のコピーの添付を要す
 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、指尖出血性栓）、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、特発性のもの
 - ① アレルギー疾患：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、ウェゲナー肉芽腫症、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：Hodgkin 病、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。

網掛け部分を患者さん（または代理の方）が記入してから医師にお持ちください。

事務処理欄（ここには記入しないでください。）

受給者 番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

審査			WISH	入力

88 古典型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(案)(2.更新)

資料3-5②

ふりがな																										
氏名	性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日	日生 (満 歳)																				
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	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	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)					1.昭和 2.平成																				
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.入院通院なし 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-PDGFR 遺伝子陽性のもの))</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"> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <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> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </table> <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 _____ ×10⁴/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年以内に認められたもの全ての□に✓印を記入してください。)</p> <p>具体的所見: _____</p> <p><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>												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																							
	%	%	%																							

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

5 治療内容について記載してください。

① 直近6か月の疾患特異的な治療(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 _____ (印) _____ 記載年月日:平成 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)。)

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 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。

4 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。

◆古典型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)

1から3までを全てを満たすもののうち、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。

1 末梢血好酸球数 1,500/μl 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
新規申請時のみ、病理報告書のコピーの添付を要す
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、特発性のもの

① アレルギー疾患: 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: Hodgkin 病、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。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

受給者 番号										番 査					(2013.06)
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	-----------