

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 (1.新規)

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 体 障 害 者 帳 手 帳	1.あり(等級____級) 2.なし		介 護 認 定	1.要介護(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(____)) 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)						
家 族 歴	1.あり 2.なし 3.不明		受 診 状 況 (最近 6 か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他(____)			

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。

____部には具体的に記述してください。

- ① 病型分類 (該当する病型の□に✓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-PDGFR 遺伝子などが陽性のもの))
 - FIP1L1-PDGFR 遺伝子 その他遺伝子 ()
 - 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)

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
白血球数	/μl	/μl	/μl	/μl	/μl	/μl
好酸球数	/μl	/μl	/μl	/μl	/μl	/μl
	%	%	%	%	%	%

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✓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✓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

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) _____

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。)

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。 (除外不可の場合には、除外できない疾患の□に✓印を記入し、下記に除外できない理由を記載してください。)	<input type="checkbox"/> 全て除外可 <input type="checkbox"/> 除外不可
---	--

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

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 _____

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ます。)

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。

(裏面の認定基準をご確認ください。)

◆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/ μ l 以上が6か月間以上持続していること。
② 以下の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：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。