

# 先天性血液凝固因子障害

## (7) 第X因子(スチュアートプラウア)欠乏症 診断書

<氏名> \_\_\_\_\_ <生年月日> \_\_\_\_\_ 年 月 日 <年齢> \_\_\_\_\_

<性別> 男・女 <住所> \_\_\_\_\_

<発病年月日> \_\_\_\_\_ 年 月 日 <初診日> \_\_\_\_\_ 年 月 日 <診断年月日> \_\_\_\_\_ 年 月 日

<先天性・後天性の別>

先天性  後天性 (※後天性の場合は、本事業の対象外となります。)

<必要な病歴>

1. 家族歴  あり  なし

2. 出血症状  あり  なし

症状： 鼻出血  皮下出血  歯肉出血  筋肉内血腫  関節出血

頭蓋内出血  血尿  手術後出血  月経過多

その他 \_\_\_\_\_

<必要な検査所見>

1. PT (検査年月日: \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 秒  正常  延長

2. APTT (検査年月日: \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 秒  正常  延長

3. 第X因子活性 \_\_\_\_\_ %  正常  低下

(検査年月日: \_\_\_\_\_ )

<参考となる検査所見>

1. 肝障害、DIC、ビタミンK欠乏を否定できる。  できる  できない

2. 経口抗凝固薬使用  なし  あり

3. 第X因子抗原量 \_\_\_\_\_ mg/dl  減少あり  減少なし  未施行

(検査年月日: \_\_\_\_\_ )

4. 第X因子インヒビター  あり  なし  未施行

(検査年月日: \_\_\_\_\_ )

5. 第X因子の遺伝子学的検査  異常あり  異常なし  未施行

(検査年月日: \_\_\_\_\_ )

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

(電話番号: \_\_\_\_\_ )

医師の氏名 \_\_\_\_\_ (記載年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日)

<審査のための基準>

**【必須項目】**

1) PT、APTTともに延長し、第X因子活性は正常以下に低下している。

2) 病歴で家族歴あるいは出血症状を認める。

**【参考項目】**

1) 他の疾患による因子低下は否定でき、経口抗凝固薬使用がない。

2) 第X因子抗原量低下は参考になり、できれば測定してあることが望ましい。

3) 分子学的異常が証明されれば、診断確定の参考になる。