

# 血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票

「血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

1. 臨床症状/所見	※新型コロナウイルスワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を西暦で記載。		
	<input type="checkbox"/> 意識障害 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 視覚異常(霧視, 複視など) ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頭痛 ( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 精神症状 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 痙攣 ( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 半側空間無視 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 運動失調性歩行 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳症 ( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> うっ血乳頭 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 眼球運動異常 ( 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 顔面麻痺 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 局所運動麻痺 ( 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 片麻痺 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳の機能の局在に一致した神経症状 ( 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 胸痛 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血圧低下 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻脈 ( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> チアノーゼ ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 突然死 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 不整脈 ( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 息切れ ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻呼吸 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 咯血 ( 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 咳嗽 ( 年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 腹痛 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 下痢 ( 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 腹部膨満 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血便 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 腹水 ( 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 肝腫大 ( 年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹 ( 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向 ( 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( 年 月 日)			
※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。) 西暦 年 月 日			
2. 検査所見	初回検査日 ( 西暦 年 月 日)		経過中の最低値*1 または最高値*2
	<b>&lt;血算&gt;</b>		
	スメアでの凝集所見	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	
	白血球数	( / $\mu$ L)	
	赤血球数	( $\times 10^4$ / $\mu$ L)	
	血色素	( g/dL)	
	ヘマトクリット	( %)	
	血小板数	( $\times 10^4$ / $\mu$ L)	( $\times 10^4$ / $\mu$ L)*1
	平時の血小板数*	( $\times 10^4$ / $\mu$ L)	
	*把握が可能な場合のみ記載。		
<b>&lt;凝固系検査&gt;</b>			
PT	( 秒)		
PT-INR	( )	( )*2	
APTT	( 秒)		
フィブリノゲン	( mg/dL)	( mg/dL)*1	
D-ダイマー	( $\mu$ g/mL)	( $\mu$ g/mL)*2	
FDP	( $\mu$ g/mL)		
抗血小板第4因子抗体 (抗PF4抗体)	検査日 ( 西暦 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 陽性 ( ) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中	
検査方法	( )法例; ELISA法		
抗HIT抗体 (抗PF4-ヘパリン複合体抗体)	検査日 ( 西暦 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 陽性 ( U/mL) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中	
検査方法	( )法例; ラテックス凝集法、CLIA法		
SARS-CoV-2検査	検査日 ( 西暦 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中	
検査方法	<input type="checkbox"/> 核酸増幅法 (PCR / LAMP) <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 ( )		
その他の特記すべき検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	検査日 ( 西暦 年 月 日)	( )	

**超音波検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 撮影部位  頸部  心臓  腹部  下肢  その他（ ）  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※詳細な部位と所見を記載。

{ }

**CT検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 造影あり  造影なし  
 撮影部位  頭部  頸部  胸部  腹部  下肢  その他（ ）  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※詳細な部位と所見を記載。

{ }

**MRI検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 造影あり  造影なし  
 撮影部位  頭部  頸部  胸部  腹部  下肢  その他（ ）  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※詳細な部位と所見を記載。

{ }

**3.画像検査****血管造影検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 撮影部位（ ）  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※詳細な部位と所見を記載。

{ }

**肺換気血流シンチグラフィ**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※詳細な部位と所見を記載。

{ }

**胸部X線検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 血栓・塞栓症の所見  示唆する所見あり  なし  
 ※肺門部肺動脈拡張、末梢肺血管陰影の消失、無気肺、心拡大等の所見があれば記載。

{ }

**その他の特記すべき検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※詳細な部位と所見を記載。

{ }

**4. 外科的処置/  
病理学的検査****外科的処置**

実施 処置日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 処置名；（ ）例；血栓摘出術  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。

{ }

**病理学的検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日）  未実施  不明  
 血栓・塞栓症の所見  あり  疑う  なし  
 ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。

{ }

**診断病名**

(複数選択可)

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳静脈洞血栓症またはその他の脳静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> 脳卒中    | <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞                 | <input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症 | <input type="checkbox"/> 動脈血栓症   |
| <input type="checkbox"/> 腹腔内血栓症               | <input type="checkbox"/> その他( ) |                                  |

**除外した疾患**  あり  なし

(複数選択可)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ヘパリン起因性血小板減少症 | <input type="checkbox"/> 血栓性微小血管症      |
| <input type="checkbox"/> 免疫性血小板減少症     | <input type="checkbox"/> 播種性血管内凝固症候群   |
| <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群    | <input type="checkbox"/> 発作性夜間ヘモグロビン尿症 |
| <input type="checkbox"/> その他( )        |  |

**COVID-19の罹患歴**

- 
- あり ( 罹患時期 ; 西暦 年 月 日 )
- 
- なし
- 
- 不明

**5. その他****ヘパリンの投与歴(発症日までの100日間の投与の有無を記載)**

- 
- あり ( 最終投与日 ; 西暦 年 月 日 )
- 
- なし
- 
- 不明
- 
- ( 投与理由 ; )

**血栓のリスクとなる因子**  あり  なし  不明

※発症時に以下の状態があればチェックを入れ、疾患名を記載。

(複数選択可)

- |  |                               |  |  |
|--|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠/産褥期                    | <input type="checkbox"/> 脱水   | <input type="checkbox"/> 喫煙                  | <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル留置(PICC* <sup>2</sup> を含む) |
| <input type="checkbox"/> 不動(長期臥床など)                | <input type="checkbox"/> 重症貧血 | <input type="checkbox"/> 糖尿病                 | <input type="checkbox"/> ホルモン治療または経口避妊薬内服                    |
| <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI; )                |                               | <input type="checkbox"/> 外傷 (疾患名; )          |  |
| <input type="checkbox"/> 遺伝性血栓疾患 (疾患名; )           |                               | <input type="checkbox"/> 慢性肝疾患 (疾患名; )       |  |
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (疾患名; )              |                               | <input type="checkbox"/> 最近の1年間の手術 (疾患名; )   |  |
| <input type="checkbox"/> 骨髄増殖性腫瘍 (疾患名; )           |                               | <input type="checkbox"/> 炎症疾患または免疫疾患 (疾患名; ) |  |
| <input type="checkbox"/> 感染症* <sup>1</sup> (疾患名; ) |                               | <input type="checkbox"/> その他( )              |  |

\*1 新型コロナウイルス感染症を除く

\*2 PICC: peripherally inserted central catheter