

286 遺伝性鉄芽球性貧血

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年 月 日	性別 1.男 2.女
出生市区町村			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他()		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年 月	
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

A. 症状

1. 貧血 (男性 Hb<13g/dL、女性 Hb<12g/dL)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2. 神経・筋症状	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
3. 腺外分泌障害	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
4. 肝障害	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
5. 心機能障害	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
6. ヘモクロマトーシス	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

B. 検査所見 (該当する項目に☑を記入する)

1. 貧血 (男性 Hb<13g/dL、女性 Hb<12g/dL)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2. 骨髓にて環状鉄芽球の出現 (15%以上)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
3. <input type="checkbox"/> 血清鉄の上昇 <input type="checkbox"/> UIBCの低下 <input type="checkbox"/> 血清フェリチンの上昇	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

