

臨床調査個人票 060.再生不良性貧血（新規）

■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 続柄						
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.いくらか問題がある 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.いくらか問題がある 3.自分でできない						
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 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						
連絡事項							

■診断

分類	
1.特発性 2.二次性 3.特殊型 4.先天性	
原因(二次性の場合)	
診断名(特殊型の場合)	1.肝炎後 2.再生不良性貧血-PNH症候群 3.MDSとの境界型
診断名(先天性型の場合)	1.Fanconi貧血 2.先天性角化異常症 3.その他 その他
診断年月日	西暦 年 月 日

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg
貧血症状			
1.あり 2.なし ありの場合1.息切れ2.動悸3.易疲労感4.ふらつき5.頭痛6.その他 その他			
出血症状			
1.あり 2.なし ありの場合1.皮下出血2.鼻出血3.消化管出血4.眼底出血5.性器出血6.頭蓋内出血7.その他 その他			
感染の徴候			
1.あり 2.なし ありの場合1.発熱2.気道症状3.咳嗽4.その他 その他			

■ 検査所見

末梢血検査（診断時又は治療前）

検査年月日	西暦 年 月 日	白血球	/ μ L
赤血球	$\times 10^4 / \mu$ L	Hb	g/dL
MCV	fL	血小板	$\times 10^4 / \mu$ L
好中球	/ μ L	網赤血球	$\times 10^4 / \mu$ L
白血球分画	好中球 % 好酸球 % 好塩基球 % 単球 % リンパ球 % その他		

骨髓検査

検査年月日	西暦 年 月 日		
骨髓生検所見	1. 過形成 2. 正形成 3. 低形成 病理医所見		
骨髓穿刺所見	1. 胸骨 2. 腸骨	有核細胞数	$\times 10^4 / \mu$ L
巨核球数	個/ μ L	赤芽球系	%
顆粒球系	%	単球系	%
リンパ球系	%	芽球系	%
造血細胞の形態異常	1. あり 2. なし 3. 評価不能 ありの場合認めるのは1. 赤芽球系 2. 顆粒球系 3. 巨核球系 赤芽球系 顆粒球系 巨核球系		
骨髓染色体分析	1. 正常 2. 異常 3. 解析不能 異常細胞の割合 % 異常所見		

PNH関連検査

Ham 試験	1. 陽性 2. 陰性 3. 未実施
GPIアンカー膜蛋白陰性細胞（フローサイトメトリ法）	赤血球 % 顆粒球 % その他の血球 % その他の血球名 判定：陰性細胞の増加 1. あり 2. なし

血液生化学検査

血清鉄	μ g/dL	不飽和鉄結合能	μ g/dL
フェリチン	ng/dL		

胸腰錐体MRI

造血組織の減少	1. あり 2. なし	脂肪組織の増加	1. あり 2. なし
---------	-------------	---------	-------------

■ 鑑別診断

再生不良性貧血

鑑別できる場合にチェック	1. 白血病2. 骨髓異形成症候群3. 巨赤芽球性貧血4. 骨髓線維症5. 癌の骨髓転移6. 全身性エリテマトーデス7. 脾機能亢進症（肝硬変、門脈圧亢進症など） 8. 悪性リンパ腫9. 血球貪食症候群10. 感染症11. 発作性夜間ヘモグロビン尿症12. 多発性骨髓腫
--------------	--

■ 重症度

重症度

再生不良性貧血の重症度基準（平成 16 年度修正）	1. Stage1 2. Stage2 3. Stage3 4. Stage4 5. Stage5
---------------------------	---

■治療その他

治療			
1. 無治療 2. 治療あり			
アンドロゲン療法			
実施有無	1. 実施 2. 未実施	薬剤名	治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
免疫抑制療法			
実施有無	1. 実施 2. 未実施	薬剤名	治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
造血細胞移植療法			
実施有無	1. 実施 2. 未実施 3. 実施予定	施行日	西暦 年 月 日
HLAドナーの種類	1. HLA一致ドナー 2. HLA非一致ドナー HLA一致ドナーの場合1. 同胞 2. 同胞を除く血縁 3. 非血縁 生着1. あり 2. なし 生着後の合併症1. あり 2. なし ありの場合1. GVHD 2. 感染症 3. その他 感染症 その他 HLA不一致ドナーの場合1. 血縁 2. 非血縁 3. 臍帯血 治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
その他の治療法			
赤血球輸血	1. 実施 2. 未実施	頻度	回／月
血小板輸血	1. 実施 2. 未実施	実施の場合1. ランダムドナー 2. HLA適合ドナー	頻度 回／月
サイトカイン類	1. 実施 2. 未実施	薬剤名	治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
除鉄療法	1. 実施 2. 未実施	製剤	
上記以外の治療	1. 実施 2. 未実施	内容名	治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
人工呼吸器（使用者のみ詳細記入）			
使用の有無	1. あり 2. なし		
以下 有の場合 開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1. あり 2. なし
種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 現在は未施行		
生活状況	食事1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 椅子とベッド間の移動1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 整容1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 トイレ動作1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 入浴1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 移動1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 階段昇降1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 更衣1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 排便コントロール1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 排尿コントロール1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助		
医療機関名			
		指定医番号	
医療機関所在地			
		電話番号 ()	
医師の氏名			
		印	記載年月日：平成 年 月 日

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。 ※自筆または押印のこと
ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- 審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。 Ver. 141107