

060 再生不良性貧血

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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

診断

本申請時の年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input type="checkbox"/> 2. 二次性 <input type="checkbox"/> 3. 特殊型 <input type="checkbox"/> 4. 先天性
原因 (二次性の場合)	
診断名 (特殊型の場合)	<input type="checkbox"/> 1. 肝炎後 <input type="checkbox"/> 2. 再生不良性貧血-PNH 症候群 <input type="checkbox"/> 3. MDS との境界型
診断名 (先天性の場合)	<input type="checkbox"/> 1. ファンconi貧血 <input type="checkbox"/> 2. 先天性角化異常症 <input type="checkbox"/> 3. その他
診断確定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

A. 理学所見

身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
----	---	----	---

骨髓検査（更新例では前回以降施行していなければ記載不要）						
検査実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日					
骨髓生検所見	<input type="checkbox"/> 1. 過形成 <input type="checkbox"/> 2. 正形成 <input type="checkbox"/> 3. 低形成					
	病理医 所見					
骨髓穿刺所見	<input type="checkbox"/> 1. 腸骨 <input type="checkbox"/> 2. 胸骨	有核細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL			
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL		赤芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
顆粒球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		単球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
リンパ球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
各血球系統の10%以上を 占める形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 評価不能					
	<input type="checkbox"/> 赤芽球系 <input type="checkbox"/> 顆粒球系 <input type="checkbox"/> 巨核球系					
	形態異常 の内容	赤芽球系				
		顆粒球系				
巨核球系						
PNH 関連検査						
Ham 試験	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施					
GPI アンカー 膜蛋白欠損細胞 (フローサイトメトリ法)	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %				
	顆粒球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %				
	その他の血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %				
	その他の血球名					
	判定：陰性細胞の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				

血液生化学検査			
血清鉄	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL	不飽和鉄結合能	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
フェリチン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng /dL		
胸腰椎体 MRI	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	造血組織の減少	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	脂肪組織の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし

C. 細胞遺伝学的検査

骨髄染色体分析	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 解析不能				
異常細胞の割合	<input type="text"/> <input type="text"/> /20	または	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
異常所見				

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 一部除外不可
<input type="checkbox"/> 1. 白血病 <input type="checkbox"/> 2. 骨髄異形成症候群 <input type="checkbox"/> 3. 巨赤芽球性貧血 <input type="checkbox"/> 4. 骨髄線維症 <input type="checkbox"/> 5. 癌の骨髄転移 <input type="checkbox"/> 6. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 7. 脾機能亢進症 (肝硬変、門脈圧亢進症など) <input type="checkbox"/> 8. 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 9. 血球貪食症候群 <input type="checkbox"/> 10. 感染症 <input type="checkbox"/> 11. 発作性夜間ヘモグロビン尿症 <input type="checkbox"/> 12. 多発性骨髄腫		

<診断のカテゴリー>

Definite : A. の貧血、出血傾向(ときに発熱)を認め、以下の検査所見の2項目以上を満たし、Dの疾患が除外可	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. ヘモグロビン濃度 : 10.0 g/dL 未満 <input type="checkbox"/> 2. 好中球 : 1,500/μL 未満 <input type="checkbox"/> 3. 血小板 : 10 万/μL 未満		

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

発病までの経過（新規の場合）または過去1年間の経過（更新の場合）

■ 発症と経過（更新）

病像の移行 (更新例の経過)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	移行年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. PNH <input type="checkbox"/> 2. MDS *2を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 3. 急性骨髄性白血病 <input type="checkbox"/> 4. その他
	病型	

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
アンドロゲン療法	<input type="checkbox"/> 1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.不変 <input type="checkbox"/> 3.悪化 <input type="checkbox"/> 4.不明
造血細胞移植療法	<input type="checkbox"/> 1.実施（下欄に内容を記載） <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施予定	
	施行日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

ドナーの種類 など	1. HLA 一致ドナーの場合	<input type="checkbox"/> 1. 同胞 <input type="checkbox"/> 2. 同胞を除く血縁 <input type="checkbox"/> 3. 非血縁		
	2. HLA 不一致ドナーの場合	<input type="checkbox"/> 1. 血縁 <input type="checkbox"/> 2. 非血縁 <input type="checkbox"/> 3. 臍帯血		
	生着	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	生着後の合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
		<input type="checkbox"/> GVHD <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他		
	感染症			
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明			
その他の治療法				
支持治療法	<input type="checkbox"/> 1. あり(下欄に内容を記載) <input type="checkbox"/> 2. なし			
赤血球輸血	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	頻度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/月	
血小板輸血	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施の場合	<input type="checkbox"/> 1. ランダムドナー <input type="checkbox"/> 2. HLA 適合ドナー		
	頻度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/月		
サイトカイン 類	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		
除鉄療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	製剤			
上記以外の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	治療内容			
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> stage 1 軽症 他の stage 以外
<input type="checkbox"/> stage 2 中等症 以下の2項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 網赤血球 60,000/ μ L 未満 <input type="checkbox"/> 好中球 1,000/ μ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 50,000/ μ L 未満
<input type="checkbox"/> stage 3 やや重症 以下の2項目以上を満たし、定期的な赤血球輸血を必要とする <input type="checkbox"/> 網赤血球 60,000/ μ L 未満 <input type="checkbox"/> 好中球 1,000/ μ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 50,000/ μ L 未満
<input type="checkbox"/> stage 4 重症 以下の2項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 網赤血球 20,000/ μ L 未満 <input type="checkbox"/> 好中球 500/ μ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 20,000/ μ L 未満
<input type="checkbox"/> stage 5 最重症 好中球 200/ μ L 未満に加えて、以下の1項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 網赤血球 20,000/ μ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 20,000/ μ L 未満

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断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です。）
- ・治療開始後における重症度分類については、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。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定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。
- ・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。
- ・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。