

# 臨床調査個人票 061. 自己免疫性溶血性貧血（新規）

## ■基本情報

<b>氏名</b>			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)

<b>住所</b>	
郵便番号	住所

<b>生年月日等</b>							
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)			

<b>家族歴</b>	
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:

<b>発病時の状況</b>			
発症年月	西暦	年	月

<b>社会保障</b>			
介護認定	1. 要介護 2. 要支援 3. なし	要介護度	1 2 3 4 5

<b>生活状況</b>	
移動の程度	1. 歩き回るのが問題はない 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

<b>連絡事項</b>	

## ■診断

<b>診断</b>			
分類	1. 温式自己免疫性溶血性貧血 2. 寒冷凝集素症 3. 寒冷ヘモグロビン尿症 4. 混合型 5. Evans症候群		
病型	1. 特発性 2. 二次性 二次性の場合原因		
経過分類	1. 急性 2. 慢性	病因分類	1. 特発性 2. 続発性
診断年月日	西暦		
	年	月	日

## ■発症と経過

<b>発病からの期間</b>	
1. 3ヶ月未満 2. 3ヶ月以上12ヶ月未満 3. 12ヶ月以上	

■臨床所見

<b>診察年月日</b>			
西暦 年 月 日			
<b>理学所見</b>			
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
<b>肝腫大</b>			
1.あり 2.なし ありの場合 横指			
<b>脾腫</b>			
1.あり 2.なし ありの場合 横指			
<b>リンパ節腫大</b>			
1.あり 2.なし			
<b>貧血症状</b>			
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			
<b>出血症状</b>			
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			
<b>黄疸症状</b>			
1.あり 2.なし			
<b>胆石</b>			
1.あり 2.なし			
<b>ヘモグロビン尿</b>			
1.あり 2.なし			
<b>先行感染</b>			
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		
赤血球形態異常	1.あり 2.なし ありの場合1.破碎2.球状3.大小不同4.凝集5.その他		
赤血球	$\times 10^4/\mu\text{L}$	Hb	g/dL
MCV	fL	網赤血球	$\times 10^4/\mu\text{L}$
白血球形態異常	1.あり 2.なし	白血球	/ $\mu\text{L}$
白血球分画	好中球 % 好酸球 % 好塩基球 % 単球 % リンパ球 % その他		
血小板	$\times 10^4/\mu\text{L}$	総蛋白	/ $\mu\text{L}$
アルブミン	g/dL	総ビリルビン	mg/dL
直接ビリルビン	mg/dL	IgG	mg/dL
IgA	mg/dL	IgM	mg/dL
C <sub>3</sub>	mg/dL	C <sub>4</sub>	mg/dL
AST	U/L	ALT	U/L
LDH	U/L	ハプトグロビン	mg/dL
CRP	mg/dL		

血液生化学検査			
HBs抗原	1.陽性 2.陰性	抗HCV抗体	1.陽性 2.陰性

赤血球抗体検査			
直接クームス試験	検査年月日 西暦 年 月 日	検査法1.試験管法 2.カラム法	1.陽性 2.陰性 3.その他 陽性の場合1. IgGのみ 2. IgGと補体 3.補体のみ 4.広スペクトルのみ 5.その他
間接クームス試験	検査年月日 西暦 年 月 日	検査法 1.試験管法 2.カラム法	所見 1.陽性 2.陰性 3.その他
寒冷凝集素価	検査年月日 西暦 年 月 日	所見	倍
ドナースランドスタイナー試験	検査年月日 西暦 年 月 日	1.陽性 2.陰性 3.その他	

骨髓検査			
検査年月日	西暦 年 月 日	実施有無	1.実施 2.未実施 未実施の理由
骨髓穿刺所見	1.胸骨 2.腸骨	有核細胞数	$\times 10^4/\mu\text{L}$
巨核球数	個/ $\mu\text{L}$	赤芽球系	%
顆粒球系	%	単球系	%
リンパ球系	%	芽球系	%
M/E比			
骨髓染色体分析	1.正常 2.異常 3.解析不能 異常所見		
異型細胞の有無	1.あり 2.なし		

尿検査/便検査	
尿中ヘモグロビン	mg/dL
尿・便中ウロビリニン体増加	1.あり 2.なし

特殊検査(行われている場合には記載)			
赤血球結合IgG量	分子/RBC	検査年月日	西暦 年 月 日
抗IgA直接クームス試験	1.陽性 2.陰性	検査年月日	西暦 年 月 日
抗IgM直接クームス試験	1.陽性 2.陰性	検査年月日	西暦 年 月 日
寒冷凝集素の温度作動域の拡大の有無	1.あり 2.なし	検査年月日	西暦 年 月 日

鑑別診断	
鑑別できる場合にチェック	1.不適合輸血2.新生児溶血性疾患3.薬剤性溶血性疾患4.発作性夜間ヘモグロビン尿症5.先天性溶血性疾患6.心臓弁膜症などによる機械的溶血7.血栓性血小板減少性紫斑病8.巨赤芽球性貧血9.骨髓異形成症候群10.赤白血病11.congenital dyserythropoietic anemia12.肝胆道疾患13.体質性黄疸

重症度	
温式自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の重症度基準	1.stage1 2.stage2 3.stage3 4.stage4 5.stage5

■治療その他

<b>治療</b>			
1. 無治療(保温のみも含む) 2. 治療あり			
<b>副腎皮質ステロイド療法</b>			
現在の副腎皮質ステロイド治療の有無	1. 実施 2. 未実施		
プレドニゾロン換算量	mg/日・週 単位1. 日 2. 週		
治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
投与4週以内の寛解 (Hb10g/dL以上) の有無	1. あり 2. なし		
寛解維持に15mg/日以上投与量の必要性	1. あり 2. なし		
<b>摘脾</b>			
実施有無	1. 実施 2. 未実施 施行日 西暦 年 月 日		
治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
<b>免疫抑制療法</b>			
実施有無	1. 実施 2. 未実施		
投与方法	薬剤名 投与量 mg/日・週 投与量単位1. 日 2. 週		
治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
<b>ダナゾール</b>			
実施有無	1. 実施 2. 未実施		
投与方法	投与量 mg/日・週 投与量単位1. 日 2. 週		
治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
<b>免疫グロブリン大量療法</b>			
実施有無	1. 実施 2. 未実施		
治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
<b>その他の治療法</b>			
赤血球輸血	現在の赤血球輸血1. 実施 2. 未実施 頻度 回/月 全経過を通じての赤血球輸血1. 実施 2. 未実施		
血小板輸血	現在の血小板輸血1. 実施 2. 未実施 頻度 回/月 全経過を通じての血小板輸血1. 実施 2. 未実施		
リツキシマブ	1. 実施 2. 施行後経過観察中 3. 未実施 投与量 mg/日・週 投与量単位1. 日 2. 週 治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
その他の治療	1. 実施 2. 未実施 薬剤名等 治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
<b>人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入)</b>			
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 <input type="text"/> 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。