

815. 溶血性貧血臨床調査個人票

(新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日	日生 (満 歳)
住所	〒 ( ) TEL ( )				出生 都道府県	発病時在住 都道府県		
発病年月	年 月 日 時 頃	初診年月日	年 月 日	保険 種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後			
身体障害者手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度 ) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他( )) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄 )		受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院( /月) 4.往診あり 5.入院なし 6.その他( )				
診断	1. 確実 2. 疑い		剖検の行われた施設( ) 施設の所在地( )					
診断名	1. 遺伝性球状赤血球症 2. 遺伝性楕円赤血球症 3. 不安定ヘモグロビン症 4. サラセミア				5. G6PD欠乏症 6. ビルビン酸キナーゼ欠乏症 7. 赤血球破砕症候群 8. その他の溶血性貧血(病型: )			
家族歴	近親婚: 父母、祖父母に近親婚(いとこなど)があれば関係を記入してください。 1. なし 2. あり 祖父母( ) 父母( )							
	家族に胆石症、黄疸、溶血性貧血、再不貧、白血病、その他の血液疾患の有無 1. なし 2. あり 続柄( ) 病名( ) 続柄( ) 病名( ) 3. 不明							
既往歴等	1. 既往歴 2. 発病時にかかっていた病気 3. 過去に黄疸又は貧血を他人又は医師に指摘されたことがある		1. あり( ) 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり(1.他人に 2.医師に) 歳頃 2. なし					
A 症状(生後現在まで見られたもの)		C 溶血に関する検査			D 病型診断の決め手となった検査法 及びその成績(クームス試験など)			
1. 貧血 1. あり 2. なし 2. 黄疸 1. あり 2. なし 3. 脾腫 1. あり(助弓下 横指) 2. なし 4. 肝腫 1. あり(助弓下 横指) 2. なし 5. 胆石 1. あり 2. なし 6. 出血性素因 1. あり 2. なし 7. 奇形 1. あり(部位 ) 2. なし 8. ( ) 9. ( )		1. 血清ビリルビン値 直接型 mg/dℓ 間接型 mg/dℓ 2. 血清鉄 γg/dℓ 3. 血清不飽和鉄結合能 γg/dℓ 4. 尿ウロビリノーゲン 定性 - + ++ +++ 定量 Ehrlich 単位/2時間尿 5. 尿蛋白 - + ++ +++ 6. 血色素尿 1. あり 2. なし 7. 赤血球浸透脆弱性試験(Papart法) 8. 赤血球寿命測定( <sup>51</sup> Cr 法) 日 9. <sup>51</sup> Cr 標識赤血球の肝、脾抑留率			E 骨髓像 1. 骨髓有核細胞数 ( /cmm) 2. うち赤芽球 % 3. その他著明な所見 ( ) 4. 未検			
B 発病後合併症 1. ( ) 2. ( )		未梢血の検査(診断確定前後のもの) 1. 赤血球数 ( ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> ) 2. 血色素測定 ( g/dℓ) 3. ハトクリット ( %) 4. 網状赤血球数 ( %) 5. 白血球数 ( /mm <sup>3</sup> ) 6. 白血球分画 好中球 ( %) 好酸球 ( %) 好塩基球 ( %) リンパ球 ( %) 単球 ( %) その他 ( ) 7. 血小板数 ( ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> ) ※8. 血清アトグロビン値 (基準値 ~ mg/dℓ) ( mg/dℓ) ※9. LDH 値 (基準値 ~ IU/ℓ) ( IU/ℓ)						
医療機関名		現 在 の 治 療 1. 摘脾 1. 実施(手術の年月日: 年 月 日) 2. 未実施 2. ステロイド治療 1. 実施(1日当たりのアトグロビン換算量 mg) 2. 未実施 3. 免疫抑制剤 1. 実施(種類と量: ) 2. 未実施 4. 蛋白同化ホルモン 1. 実施(種類と量: ) 2. 未実施 5. 輸血と量 1. 実施(間隔と量: ) 2. 未実施 6. 抗血小板剤 1. 実施(間隔と量: ) 2. 未実施 7. その他 1. 実施( ) 2. 未実施						
医療機関所在地		医師の氏名 (印) 電話番号 ( ) 記載年月日: 年 月 日						

(平成三十年一月改正)

※ 血清アトグロビン値については必須事項ですので必ず記入してください。  
 ※ 血清アトグロビン値、9. LDH 値については施設基準値(範囲)を必ず記入してください。  
 ※ 薬剤性、Rh 不適合、ABO 不適合及び異型輸血による溶血性貧血は、本事業の対象となりません。

## 815. 溶血性貧血の認定基準

### (1) 自覚症状・理学的所見

- ① 通常、貧血と黄疸を認める。
- ② しばしば脾腫を触知する。
- ③ ヘモグロビン尿や胆石を伴うことがある。

### (2) 次の検査成績がみられる。

- ① 血液ヘモグロビン濃度の低下
- ② 網赤血球増加
- ③ 血清間接ビリルビン増加
- ④ 尿中・便中ウロビリニン体増加
- ⑤ 血清ハプトグロビン低下
- ⑥ 骨髄赤芽球増加

### (3) 貧血と黄疸を伴うが、溶血を主因としない他の疾患（巨赤芽球性貧血、骨髄異形成症候群（MDS）、赤白血病、congenital dyserythropoietic anemia、肝胆道疾患、体質性黄疸など）を除外する。

### (4) 赤血球寿命の短縮を証明する。

#### 診断の基準

- (1) と (2) によって溶血性貧血を疑い、(3) によって他疾患を除外して診断する。また、必要に応じて、(4) によって確認する。しかし、溶血性貧血の診断だけでは不十分であり、特異性の高い検査によって病型を確定する。

#### 認定の基準

診断の基準に該当し、投薬等の疾患特異的治療を必要とするもの。

#### ○留意事項

- (1) この個人票は受給者証をお持ちでない方が、新規に受給者証の交付を受けようとする場合に、申請書に添付する書類です。
- (2) 原則として6か月以内の資料に基づき記入してください。  
ただし、遺伝子検査を要するものにあつてはこの限りではありません。
- (3) 該当する欄に記入又は☑してください。
- (4) フィルム等の資料添付の指示がある場合は、必ず添付してください。
- (5) 必要な場合は医師の意見書を添付してください。
- (6) 当該事業は治療研究事業であるため、現時点で疾患の症状が安定しており、投薬等の疾患特異的治療を必要とせず、経過観察等一定の通院管理下で著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことが可能な状態の場合にあつては事業の対象外となります。

※以上の事項が守られていないときは、審査が不可となるため、申請を却下する場合があります。