**８１５．溶血性貧血臨床調査個人票　　　　　　　（新規）**

（平成三十年一月改正）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 1.男2.女 | 生年月日 | 1.明 2.大3.昭 4.平 | 年　 　月　 　日生（満　　　歳） |
| 氏 　名 |  |
| 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.入通院なし　　　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．ピ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　　　　　　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）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.（　　　　　　　　　　　　）B　発病後合併症１.（　　　　　　　　　　　　）２.（　　　　　　　　　　　　） | C　溶血に関する検査１. 血清ビリルビン値直接型 ㎎／㎗間接型 ㎎／㎗２. 血清鉄 γg／㎗３. 血清不飽和鉄結合能 γg／㎗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（Parpart法）８. 赤血球寿命測定（　 51Cr法）　　日９. 51Cr標識赤血球の肝、脾抑留率 | 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）E　骨髄像１. 骨髄有核細胞数（　　　　　　　 　／cmm）２. うち赤芽球 ％３. その他著明な所見（　　　　　　　　　　　）４. 未検 |
| 末梢血の検査（診断確定前後のもの） | １. 赤血球数　　　　２. 血色素測定　 　 ３. ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ　　 　　４. 網状赤血球数 　　 ５. 白血球数 　　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 　　※８. 血清ﾊﾌﾟﾄｸﾞﾛﾋﾞﾝ値（**基準値**　　　～　　㎎／㎗）※９. LDH値（**基準値**　　　～　　IU/ℓ） | （ 　　　×104／mm3）（　 　　　g／㎗）（　　　 　％）（　 　　　‰）（ 　 　／mm3）（　 　 ％）（　 　 ％）（　 　 ％）（　 　 ％）（　 　 ％）（ 　 　 ）（ 　　　×104／mm3）（　　　　㎎／㎗）（　　　　　IU/ℓ） |  | 現　在　の　治　療 | １. 摘脾　　　　　1. 実施（手術の年月日：　　　年　　月　　日）２. ステロイド治療 　1. 実施（１日当たりのﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝ換算量　　　　　　ｍｇ）３. 免疫抑制剤　　1. 実施（種類と量：　　　　　　　　　　　　　）４. 蛋白同化ﾎﾙﾓﾝ　1. 実施（種類と量：　　　　　　　　　　　　　）５. 輸血と量　　　1. 実施（間隔と量：　　　　　　　　　　　　　）６. 抗血小板剤　1. 実施（間隔と量：　　　　　　　　　　　　　）７. その他　　　　1. 実施（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 2. 未実施2. 未実施2. 未実施2. 未実施2. 未実施2. 未実施2. 未実施 |
| 医療機関名医療機関所在地医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号　　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　記載年月日：　　　　　年　　　月　　　日 |

※　血清ﾊﾌﾟﾄｸﾞﾛﾋﾞ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。

※　血清ﾊﾌﾟﾄｸﾞﾛﾋﾞﾝ値、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） 自他覚症状・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っ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っ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。

（**溶血性貧血**－２）