

臨床調査個人票 認定 不認定
060. 再生不良性貧血
(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
 ※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。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ()			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)		
住所					
郵便番号		住所			
生年月日	西暦	年	月	日	性別
					1.男 2.女

■重症度分類に関する事項

※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。

再生不良性貧血の重症度基準でStage2以上	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (*軽症者へ)
------------------------	---------------------------------------

(*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

再生不良性貧血の重症度(平成16年度修正)

該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stage1	<input type="checkbox"/> Stage2	<input type="checkbox"/> Stage3	<input type="checkbox"/> Stage4	<input type="checkbox"/> Stage5
---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

【参考:再生不良性貧血の重症度分類】

Stage 1 軽症	下記以外の場合
Stage 2 中等症	下記の2項目以上を満たす 好中球:1,000/ μ L未満、血小板:50,000/ μ L未満、網赤血球:60,000/ μ L未満
Stage 3 やや重症	下記の2項目以上を満たし、定期的な輸血を必要とする 好中球:1,000/ μ L未満、血小板:50,000/ μ L未満、網赤血球:60,000/ μ L未満
Stage 4 重症	下記の2項目以上を満たす 好中球: 500/ μ L未満、血小板:20,000/ μ L未満、網赤血球:20,000/ μ L未満
Stage 5 最重症	好中球の200/ μ L未満に加えて、下記の1項目以上を満たす 血小板:20,000/ μ L未満、網赤血球:20,000/ μ L未満

注)定期的な輸血とは、毎月2単位以上の赤血球輸血が必要な時をいう。

■診断

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
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(先天性の場合)	1.Fanconi貧血 2.先天性角化異常症 3.その他
診断年月日	(西暦 年 月 日)
診断医療機関名	

特記事項

■臨床所見 (西暦 年 月 日)

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()	
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()	
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.その他()	
末梢血検査(最近6ヶ月以内でHbが最低のもの)	
検査年月日	西暦 年 月 日
白血球	/ μ L(好中球 % 好酸球 % 好塩基球 % 単球 % リンパ球 % その他())
赤血球	$\times 10^4$ / μ L Hb g/dL
MCV	fL 血小板 $\times 10^4$ / μ L
好中球	/ μ L 網赤血球 $\times 10^4$ / μ L

骨髓検査(直近のもの)			
検査年月日	西暦 年 月 日	穿刺部位	1.胸骨 2.腸骨
生検所見	1.過形成 2.正形成 3.低形成		
有核細胞数	×10 ⁴ /μL	巨核球数	/μL
分画	赤芽球系()% 顆粒球系()% 単球系()% リンパ球系()% 芽球系()%		
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 異常所見()		
染色体分析	1.あり 2.なし 3.解析不能 異常細胞の割合 % 異常所見()		

■治療その他

治療													
1.無治療 2.治療あり													
免疫抑制療法													
実施有無	1.実施 2.未実施												
(実施の場合)	薬剤名 1.サイモグロブリン 2.ゼットプリン 3.シクロスポリン (複数選択可) 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
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												
造血幹細胞移植													
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() 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												
病像の移行													
1.あり 2.なし ありの場合 1.PNH 2.MDS(病型) 3.急性白血病 4.その他()													
人工呼吸器(使用者のみ詳細記入) ※本疾患により装着している者に限る													
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	<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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>												
医療機関所在地	医師の氏名												
電話番号	_____												
記載年月日: 年 月 日													

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。