

臨床調査個人票 認定 不認定
061. 自己免疫性溶血性貧血 (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。

温式自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の重症度分類でStage3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。

温式自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の重症度分類

該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> Stage1 軽症 : 薬物療法を行わないでヘモグロビン濃度 10 g/dL 以上
	<input type="checkbox"/> Stage2 中等症 : 薬物療法を行わないでヘモグロビン濃度 7~10 g/dL
	<input type="checkbox"/> Stage3 やや重症 : 薬物療法を行ってヘモグロビン濃度 7 g/dL 以上
	<input type="checkbox"/> Stage4 重症 : 薬物療法を行ってヘモグロビン濃度 7 g/dL 未満
	<input type="checkbox"/> Stage5 最重症 : 薬物療法および脾摘を行ってヘモグロビン濃度 7 g/dL 未満
	<input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない

※冷式AIHAについても、暫定的に当該重症度基準を使用。ただしこの場合は最重症と診断しない。

薬物療法を行ってヘモグロビン濃度が10g/dL以上	<input type="checkbox"/> 該当 (助成対象外) <input type="checkbox"/> 非該当
---------------------------	--

■診断

発症年月	西暦	年	月
分類	1. 温式自己免疫性溶血性貧血 2. 寒冷凝集素症 3. 寒冷ヘモグロビン血症 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
診断医療機関名			
特記事項			

■経過

診察年月日			
西暦	年	月	日
肝腫大	脾腫	リンパ節腫大	
1. あり (横指) 2. なし	1. あり (横指) 2. なし	1. あり 2. なし	
貧血症状	出血症状		
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 ()	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 ()		
黄疸症状	胆石	ヘモグロビン尿	
1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	
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
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	$\times 10^4 / \mu L$	Hb	g /dL
MCV	fL	網赤血球	$\times 10^4 / \mu L$
白血球形態異常	1. あり 2. なし	白血球	/ μL
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	$\times 10^4 / \mu L$	総蛋白	/ μL
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
C3	mg/dL	C4	mg/dL
AST	U/L	ALT	U/L
LDH	U/L	ハプトグロビン	mg/dL
CRP	mg/dL		

赤血球抗体検査（直近に施行したもの）											
直接クームス試験	施行日	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										
	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 5. その他										
間接クームス試験	施行日	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（寒冷凝集素症と混合型のみ）					施行日	西暦	年	月	日	所見	倍
ドナーランドスタイナー試験（寒冷ヘモグロビン尿症のみ）					施行日	西暦	年	月	日	所見 1. 陽性 2. 陰性 3. その他	

■治療その他

治療																							
1. 無治療（保温のみも含む） 2. 治療あり																							
副腎皮質ステロイド療法																							
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（日・週のどちらかを選択）																	
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/日以上以上の投与量の必要性						1. あり 2. なし																	
摘脾																							
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																					
免疫抑制療法																							
実施有無		1. 実施 2. 未実施																					
投与方法		薬剤名		投与量		mg/日・週（日・週のどちらかを選択）																	
治療効果		1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明																					
ダナゾール																							
実施有無		1. 実施 2. 未実施																					
投与方法		投与量 mg/日・週（日・週のどちらかを選択）																					
治療効果		1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明																					
免疫グロブリン大量療法																							
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																					
その他の治療法																							
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（日・週のどちらかを選択）																	
		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																			
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>		西暦				年		月		離脱の見込み		1. あり 2. なし											
開始時期																							
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"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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。