

## 060 再生不良性貧血

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

## ■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

診断

本申請時の年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input type="checkbox"/> 2. 二次性 <input type="checkbox"/> 3. 特殊型 <input type="checkbox"/> 4. 先天性
原因 (二次性の場合)	
診断名 (特殊型の場合)	<input type="checkbox"/> 1. 肝炎後 <input type="checkbox"/> 2. 再生不良性貧血-PNH 症候群 <input type="checkbox"/> 3. MDS との境界型
診断名 (先天性の場合)	<input type="checkbox"/> 1. ファンconi貧血 <input type="checkbox"/> 2. 先天性角化異常症 <input type="checkbox"/> 3. その他
診断年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

A. 理学所見

身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
----	---	----	---



骨髓検査（更新例では前回以降施行していなければ記載不要）						
検査実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日					
骨髓生検所見	<input type="checkbox"/> 1. 過形成 <input type="checkbox"/> 2. 正形成 <input type="checkbox"/> 3. 低形成					
	病理医 所見					
骨髓穿刺所見	<input type="checkbox"/> 1. 腸骨 <input type="checkbox"/> 2. 胸骨	有核細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 <sup>4</sup> /μL			
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL		赤芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
顆粒球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		単球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
リンパ球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
各血球系統の10%以上を 占める形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 評価不能					
	<input type="checkbox"/> 赤芽球系 <input type="checkbox"/> 顆粒球系 <input type="checkbox"/> 巨核球系					
	形態異常 の内容	赤芽球系				
		顆粒球系				
巨核球系						
PNH 関連検査						
Ham 試験	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施					
GPI アンカー 膜蛋白欠損細胞 (フローサイトメトリ法)	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %				
	顆粒球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %				
	その他の血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %				
	その他の血球名					
	判定：陰性細胞の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				

血液生化学検査			
血清鉄	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL	不飽和鉄結合能	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
フェリチン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng /dL		
胸腰椎体 MRI	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	造血組織の減少	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	脂肪組織の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし

### C. 細胞遺伝学的検査

骨髄染色体分析	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 解析不能				
異常細胞の割合	<input type="text"/> <input type="text"/> /20	または	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
異常所見				

### D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 一部除外不可
<input type="checkbox"/> 1. 白血病 <input type="checkbox"/> 2. 骨髄異形成症候群 <input type="checkbox"/> 3. 巨赤芽球性貧血 <input type="checkbox"/> 4. 骨髄線維症 <input type="checkbox"/> 5. 癌の骨髄転移 <input type="checkbox"/> 6. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 7. 脾機能亢進症 (肝硬変、門脈圧亢進症など) <input type="checkbox"/> 8. 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 9. 血球貪食症候群 <input type="checkbox"/> 10. 感染症 <input type="checkbox"/> 11. 発作性夜間ヘモグロビン尿症 <input type="checkbox"/> 12. 多発性骨髄腫		

### <診断のカテゴリー>

Definite : A. の貧血、出血傾向(ときに発熱)を認め、以下の検査所見の2項目以上を満たし、Dの疾患が除外可	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. ヘモグロビン濃度 : 10.0 g/dL 未満 <input type="checkbox"/> 2. 好中球 : 1,500/μL 未満 <input type="checkbox"/> 3. 血小板 : 10 万/μL 未満		

症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250文字以内かつ7行以内

発病までの経過（新規の場合）または過去1年間の経過（更新の場合）

■ 発症と経過（更新）

病像の移行 (更新例の経過)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	移行年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. PNH <input type="checkbox"/> 2. MDS    *2 を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 3. 急性骨髄性白血病 <input type="checkbox"/> 4. その他
	病型	

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
アンドロゲン療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
造血細胞移植療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施（下欄に内容を記載） <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 実施予定	
	施行日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

ドナーの種類 など	1. HLA 一致ドナーの場合	<input type="checkbox"/> 1. 同胞 <input type="checkbox"/> 2. 同胞を除く血縁 <input type="checkbox"/> 3. 非血縁		
	2. HLA 不一致ドナーの場合	<input type="checkbox"/> 1. 血縁 <input type="checkbox"/> 2. 非血縁 <input type="checkbox"/> 3. 臍帯血		
	生着	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	生着後の合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
		<input type="checkbox"/> GVHD <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他		
	感染症			
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明			
その他の治療法				
支持治療法	<input type="checkbox"/> 1. あり(下欄に内容を記載) <input type="checkbox"/> 2. なし			
赤血球輸血	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	頻度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/月	
血小板輸血	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施の場合	<input type="checkbox"/> 1. ランダムドナー <input type="checkbox"/> 2. HLA 適合ドナー		
	頻度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/月		
サイトカイン 類	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		
除鉄療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	製剤			
上記以外の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	治療内容			
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> stage 1 軽症 他の stage 以外
<input type="checkbox"/> stage 2 中等症 以下の 2 項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 網赤血球 60,000/ $\mu$ L 未満 <input type="checkbox"/> 好中球 1,000/ $\mu$ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 50,000/ $\mu$ L 未満
<input type="checkbox"/> stage 3 やや重症 以下の 2 項目以上を満たし、定期的な赤血球輸血を必要とする <input type="checkbox"/> 網赤血球 60,000/ $\mu$ L 未満 <input type="checkbox"/> 好中球 1,000/ $\mu$ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 50,000/ $\mu$ L 未満
<input type="checkbox"/> stage 4 重症 以下の 2 項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 網赤血球 20,000/ $\mu$ L 未満 <input type="checkbox"/> 好中球 500/ $\mu$ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 20,000/ $\mu$ L 未満
<input type="checkbox"/> stage 5 最重症 好中球 200/ $\mu$ L 未満に加えて、以下の 1 項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 網赤血球 20,000/ $\mu$ L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 20,000/ $\mu$ L 未満

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・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。
- ・診断基準、重症度分類については、  
「指定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。