

溶血性貧血検査申込書

(西暦 年 月 日記載)

医療機関・診療科名	電話		内線	
医療機関住所	〒	FAX		
主治医名	e-mail		@	
患者名 (ふりがな)	性別 M・F	身長	cm 体重	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	血液型 (ABO/Rh ₀ D)		
(仮) 診断名		カルテ番号		
周産期所見	在胎週数	週 日	出生時体重 g	
	分娩時の異常	無し・有り ()		
	新生児黄疸の遷延化・重症化		無し・有り	
	有りの場合	光線療法	無し・有り	
交換輸血		無し・有り (回)		
既往歴	急性溶血発作		無し・有り	
	有りの場合	最低Hb値	g/dL	
		誘因	感染・薬剤・食品・不明 具体的内容 ()	
	神経・筋疾患	無し・有り (病名)		
	精神・運動発達遅滞	無し・有り (病名)		
	その他の先天異常の有無	無し・有り (病名)		
	自己免疫疾患	無し・有り (病名)		
	現在投与中の薬剤 (薬剤名と用量)			
	脾腫の有無	無し・有り (S.I)		
	摘脾の有無	無し・有り (施行年月 年 月、脾重量 g)		
	輸血歴	無し・有り		
	有りの場合	最終輸血年月日		
輸血量				
家族歴	貧血	無し・有り (続柄)		
	黄疸	無し・有り (続柄)		
	胆石症	無し・有り (続柄)		
	脾腫	無し・有り (続柄)		



家族歴		血族結婚		無し ・ 有り		
		両親の出身国		父 () ・ 母 ()		
		両親の血液型 (ABO/Rh ₀ D)		父 () ・ 母 ()		
現病歴						
検査所見 検査日 年 月 日 <small>急性溶血発作があった場合はその時のデータ</small>	血算・血液像	RBC	×10 ⁴ /μL	Hb	g/dL	
		Ht	%	MCV	fL	
		MCHC	%	Retics (単位に○)	%・%	
		WBC	/μL	Plt	/μL	
		赤血球形態異常	無し ・ 有り ()			
		ハイツ小体	無し ・ 有り			
	骨髓所見					
	生化学	血清総ビリルビン	mg/dL	間接ビリルビン	mg/dL	
		LDH	IU/L	FBS/HbA1c	%	
		AST (GPT)	IU/L	ALT (GOT)	IU/L	
		血清鉄	μg/dL	ハプトグロビン	mg/dL	
		フェリチン	ng/mL	TIBC	μg/dL	
		血清銅	μg/dL	セルロプラスミン	mg/dL	
		ビタミンB12	pg/mL	葉酸	ng/mL	
	尿一般	尿潜血反応	陰性 ・ 陽性 ・ 未検査			
		尿中ヘモジデリン	陰性 ・ 陽性 ・ 未検査			
		尿中ミオグロビン	陰性 ・ 陽性 ・ 未検査			
	感染症	HBs抗原	陰性・陽性・未検査	HCV抗体	陰性・陽性・未検査	
		HIV抗体	陰性・陽性・未検査	梅毒血清反応	陰性・陽性・未検査	
	免疫	直接抗グロブリン試験		陰性 ・ 陽性 ・ 未検査		
	特殊検査	赤血球結合IgG定量		IgG 分子/赤血球 ・ 未検査		
		赤血球浸透圧抵抗		脆弱 ・ 亢進 ・ 正常 ・ 未検査		
		シヨ糖水試験		陰性 ・ 陽性 ・ 未検査		
		Ham試験		陰性 ・ 陽性 ・ 未検査		
		CD55陰性率細胞 (single color)	%	CD55/59陰性細胞率 (two color)	%	
		CD59陰性細胞率 (single color)	%			
		ヘモグロビン分析		HbA ₂	%	
		HbF	%			
備考欄						

(個人情報保護のため、この申込書は郵送あるいは検体と同時にお送りください。EメールやFAX送信はお控えください。)

