

DBA登録:二次調査表

医療機関・診療科名:	電話
医療機関住所 〒	
主治医名	E-mailアドレス

患者番号 性別 生年月日 西暦 年 月 日

1. 既往歴

在胎週数 出生時身長 cm 体重 g
分娩時の異常 無 有 不明 母体ParvoB19感染 無 有 不明
新生児黄疸の遷延化・重症化 無 有 不明
有の場合 : 光線療法 無 有 交換輸血 無 有 回

既往疾患 ① ② ③ ④

脾摘の有無 無 有

現在投与中の薬剤(薬剤名):

2. 家族歴

血族結婚の有無 無 有 両親の出身国 父 () 母 ()

貧血 無 有 (続柄と病名)

悪性腫瘍 無 有 (続柄と病名)

家系図の記載もお願いいたします

3. 現病歴(DBAが疑われるまでの経過を簡単に教えて下さい)

4. 診断時検査所見

(1) 血算・血液像(検査日: 西暦 年 月 日)

RBC $\times 10^4/\mu\text{l}$, Hb g/dL, Ht %, MCV fL, MCHC %, Retics ‰

WBC $/\mu\text{l}$ (Neu %, Ly %, Mo %, Eo %, Ba %, 他 %)

Plt $\times 10^4/\mu\text{l}$ HbF %

i抗原 未実施 実施 (結果: 陽性 陰性)

赤血球形態異常 無 有 ()

(2) 骨髄検査(検査日: 西暦 年 月 日)

Cellularity Hypo Norm Hyper Mfgk (/mm³)

Myeloid % Erythroid % Ly % Blast % 他 %

染色体(核型:)

(3) 生化学

総ビリルビン mg/dL 間接ビリルビン mg/dL LDH IU/L ハプトグロビン mg/dL

血清鉄 $\mu\text{g/dL}$ フェリチン ng/mL TIBC $\mu\text{g/dL}$ UIBC $\mu\text{g/dL}$

(4) その他

直接抗グロブリン試験 未施行 陰性 陽性

染色体断裂試験実施 未実施 実施 (測定施設: 結果: 正常 異常)

赤血球ADA活性 未実施 実施 (測定施設: 測定日: 結果 IU/gHb 正常値 ())

還元型グルタチオン(GSH)濃度測定 未実施 実施 (結果 mg/dL RBC)

リボゾーム蛋白遺伝子解析 未実施 実施 (測定施設: 結果)

7. これまでの治療

輸血 無 有 (開始日 西暦 年 月 日)
中止した場合: 中止日 西暦 年 月 日

ステロイド 無 有 (開始日 西暦 年 月 日)
中止した場合: 中止日 西暦 年 月 日

シクロスポリン 無 有 (開始日 西暦 年 月 日)
中止した場合: 中止日 西暦 年 月 日

造血幹細胞移植 無 有 (実施日 西暦 年 月 日)

その他 (具体的に)

※除鉄 無 有 経口 (開始日)
 静注 (開始日)

自由記載欄

8. 最新の状況 (記載日 西暦 年 月 日)

発育状況

成長 身長 cm (SD) 体重 kg (SD)
(測定日: 西暦 年 月 日)

発達 DQ 就学の問題 無 有

血液データ (輸血依存の場合は、輸血前のデータを記載して下さい)

RBC $\times 10^4/\mu\text{l}$ Hb g/dL Ht % Retic ‰
(測定日: 西暦 年 月 日)

治療 無 有 輸血 無 有 (回/年)

ステロイド 無 有

シクロスポリン 無 有

その他 (具体的に)

※除鉄 無 有 (経口 静注)