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	〇無 〇有 〇不	明							
新生児黄疸の遷延化・重症化 〇無 〇有	○不明									
有の場合 : 光線療法 〇 ^負	無 〇 有 交換輸血	○無 ○有	回							
既往疾患 ① ②	3	(4)	1)							
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 〇無 〇有	両親の出身国 父() 🛱	} ()						
貧血 ○無 ○有 (続柄と病名)						
悪性腫瘍 〇無 〇有 (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	
+: 砂町時候且所先 (1)血算•血液像(検査日: 西暦 年 月 日)	
RBC ×10⁴/μI, Hb g/dL, Ht %, MCV fL, MCHC %, Retics	‰
WBC / μ I $^{\prime}$ Neu $^{\prime\prime}$, Ly $^{\prime\prime}$, Mo $^{\prime\prime}$, Eo $^{\prime\prime}$, Ba $^{\prime\prime}$, 他 $^{\prime\prime}$ $^{\prime\prime}$	
Plt $\times 10^4/\mu$ l HbF %	
i抗原 〇未実施 ○実施 ^{(結果:} ○陽性 ○陰性)	
赤血球形態異常 〇 無 〇 有())	
(2) 骨髄検査(検査日: 西暦 年 月 日)	
Cellularity ○ Hypo ○ Norm ○ Hyper Mgk (/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 r	ng/dL
血清鉄 μ g/dL フェリチン ng/mL TIBC μ g/dL UIBC μ g/dL	
(4) その他	
直接抗グロブリン試験 〇 未施行 〇 陰性 〇 陽性	
染色体断裂試験実施 〇未実施 〇実施(測定施設: 結果: 〇正常 〇異常)	
赤血球ADA活性 〇未実施 ○実施(測定施設:	
結果 IU/gHb 正常値())
還元型グルタチオン(GSH)濃度測定 〇未実施 〇実施 (結果 mg/dL RBC)	
リボゾーム蛋白遺伝子解析 〇 未実施 〇 実施(測定施設:	
·····································)

5.	身	体	所	見
O .		rT.	,,,	

6. DBAと診断した日

西暦

年 月 日

及屑色素沈看	〇無	○有	
母指の異常	〇無	〇有	(具体的に
母指球の平低化	〇無	〇有	
その他骨格系の異常	〇無	○有	(具体的に
聴力障害	〇無	〇有	
眼∙視力障害	〇無	〇有	
頭部•顔面	〇無	○有	(具体的に
腎尿路系	〇無	〇有	(具体的に
性腺•外性器	〇無	○有	(具体的に
心臓	〇無	〇有	(具体的に
肝·消化管疾患	〇無	〇有	(具体的に
成長遅滞	〇無	○有	
学習障害	〇無	○有	
その他	〇無	〇有	(具体的に
small for gestational age	○無	○有	

	輸血	〇無	● ○ 有	(開始E	西曆	Ę.	年	月	日)			
			中止した	:場合:中	止日	西暦		年	月	日			
	ステロイド	〇無	●○有	(開始E	西曆	K H	年	月	日)			
			中止した	:場合:中	1	西暦		年	月	日			
	シクロスポリン	〇無	● ○ 有	(開始日	3 西曆	Ę.	年	月	日)			
			中止した	:場合:中	1	西暦		年	月	日			
	造血幹細胞移植	〇無	●○有	(実施日	西曆	Ē.	年	月	日)			
	その他(具体的に)		
	※除鉄	〇無	●○有	○ 経口 ○ 静》		開始日 開始日)		
	自由記載欄			<i>\(\tau_{1,1} \)</i>	— (B	Ħ≯D LJ					,		
8. 最新	の状況(記載日 西	暦	年	月	日)								
	発育状況		(CD)	小玉			,		,D)		
	成長 身長		cm (9D)	1本里		кg (測定 F			SD) 年	月	日
	発達 DQ		就	学の問題	A O	無〇	_		4. 64/6	=		,,	Η.
	血液データ(輸血依	存の均	易合は、	輸血前の	データ	を記載	して	下さい)					
	RBC ×	104/	μ Ι	Hb	g/	dL/	Ht	%)	Reti	С	‰	
								(測定E	日:西曆	Ē	年	月	日)
	治療 〇無 〇有	Ī	輸血		○無	〇有				Ē.	年	月	日)
	治療 〇無 〇有		輸血 ステロイ							K 1	年	月	日)
	治療 〇無 〇有			ド	○無	〇有				F	年	月	日)
	治療 ○無 ○有		ステロイ	ポリン	○無	〇有				F	年	月)	

※除鉄 ○無 ○有 (○経口 ○静注)

7. これまでの治療