

No

## 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		@	
患者匿名化符号 <small>※必ず匿名化してください ※対応表は貴院で保管ください</small>	性別 M・F		身長 cm 体重	
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	血液型 (ABO/Rh <sub>0</sub> 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 <sub>0</sub> 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 <sup>4</sup> /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	IU/L	ALT	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	HB s 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 <sub>2</sub>	%
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送りください。EメールやFAX送信はお控えください。)



# 請求書について

検体発送日                      西暦                      年                      月                      日

---

必要な書類  
(○をつける)                      見積書      ・      納品書      ・      請求書

---

## 請求書の宛名

(例) 患者様名、病院名、病院名+診療科名、研究費名 など

\*見積書・納品書・請求書の書類は、結果とともに主治医の先生に郵送致します。主治医より[患者様・経理など]にお渡しください。別途郵送は致しません。

備考：

- \* 請求書の宛名と振込名が異なる場合は、info@anemia-support.orgまで連絡をお願い致します。
- \* 患者様から直接お振込み頂く場合、連絡なく期日までに入金確認が出来なかった際は依頼された医療機関よりお支払い頂く形となります。必ず事前に患者様に支払い意思をご確認ください。
- \* 指定がない場合は、見積書・納品書・請求書にそれぞれ角印（法人印）を押印します。

---

## NPO使用欄

受託決定日	西暦	年	月	日
検体受取日	西暦	年	月	日
受付番号：				
検査項目：				
患者名：				

確認日： 西暦                      年                      月                      日