

成人再生不良性貧血における免疫病態マーカーの意義を明らかにするための
多施設共同前方視的臨床試験

診断時情報登録用紙

症例登録番号 (研究事務局より割り付けられた番号を記入してください)

P			
---	--	--	--

記入日 西暦 _____年____月____日

症例登録医師 _____先生

E-mail _____ (変更がある場合のみ記載して下さい)

●厚生労働省特発性造血障害に関する調査研究班による『再生不良性貧血/骨髄異形成症候群の前方視的症例登録』への登録の有無

- 登録済みである → 登録UPN _____ → 以下の記載は省略可能です
 未登録である → 以下の記載をお願いします

A. 診断名

- 再生不良性貧血(確定診断)
 低形成性骨髄異形成症候群(不応性貧血)との鑑別が困難な再生不良性貧血

B. 病型分類

- 特発性
 薬剤 _____
 化学物質 _____
 放射線
 妊娠
 肝炎後
 再生不良性貧血一発作性夜間血色素尿症症候群
 その他 _____

C. 診断時の骨髄所見 (実施された検査結果の写しを本紙とともに事務局までお送り下さい)

- 胸骨骨髄穿刺
→ 形態異常 なし あり (赤芽球系、顆粒球系、巨核球)
 腸骨骨髄穿刺
→ 形態異常 なし あり (赤芽球系、顆粒球系、巨核球)
 骨髄生検
→ 細胞密度 低形成 正形成 過形成
 染色体検査
→ 核型 正常核型 核型異常あり

D. 診断時の検査所見（データのコピー添付でも可）

血算(輸血前のデータを記載)		末梢血液像		生化学データ	
WBC	/ μ L	Neutro	%	LDH	IU/L
RBC	$\times 10^4$ / μ L	Stab	%(省略可)	(正常値 ~	IU/L)
Hb	g/dL	Seg	%(省略可)	AST	IU/L
Ht	%	Eosino	%	ALT	IU/L
MCV	fL	Baso	%	T-Bil	mg/dL
Platelets	$\times 10^4$ / μ L	Lymph	%	I-Bil	mg/dL
Reticulocytes	$\times 10^4$ / μ L	Mono	%	BUN	mg/dL
		Other		Cr	mg/dL
		[]	%	UA	mg/dL
		[]	%	Ferritin	ng/mL
		[]	%	Haptoglobin	mg/dL
		Erythroblast	/100WBC	[型]	

E. 治療(ATG 投与)開始日

西暦_____年____月____日

F. 治療開始前の輸血歴

赤血球輸血 あり なし

血小板輸血 あり なし

G. HLA タイピング

未施行

施行（結果の写しを本紙とともに事務局までお送り下さい）

● 本紙は下記宛に郵送して下さい

研究事務局: 金沢大学大学院医学系研究科細胞移植学

〒920-8641 石川県金沢市宝町 13-1

TEL: 076-265-2275, 2276 FAX: 076-234-4252

実務担当 山崎宏人 E-mail: hyamazaki@med3.m.kanazawa-u.ac.jp

【注意】

検査結果のコピーには症例登録番号を記載の上、患者名・施設 ID 等の患者個人を特定できる情報を黒く塗りつぶしてお送り下さい