

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

症例登録票

登録日 西暦 _____年____月____日
施設名 _____病院 _____科
TEL _____ - _____ FAX _____ - _____
症例登録医師 _____先生
E-mail _____
施設登録責任者 _____先生
E-mail _____

- 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 _____
(別紙の診断時情報登録用紙の記載は不要です)
- 未登録である → 施設別患者匿名化番号 _____ (各施設で記入してください)
(1ヵ月以内に別紙の診断時情報登録用紙を郵送して下さい)

● 患者基本情報

- A. 登録時年齢 _____才
B. 性別 男 女
C. 生年月日 西暦 _____年____月____日 (日は省略可)
D. 重症度 軽症 中等症 やや重症 重症 最重症

● PNH 型血球・抗 DRS-1 抗体・抗モエシン抗体用検体の送付について

(EDTA 血 10mL を4℃保冷で送付してください)

検体送付予定日 _____月____日 ()曜日
検体到着予定日 _____月____日 ()曜日 (土曜日・日曜日・祝日は除く)

● 本紙は下記宛に FAX にて送信して下さい

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

症例登録番号 (研究事務局で割り付けますので、記入しないでください)

P			
---	--	--	--