

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

治療経過報告書

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			
---	--	--	--

3ヵ月後 6ヵ月後 1年後 2年後 3年後 4年後 5年後

記入日 西暦 _____年____月____日

症例登録医師(記入医師) _____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. 血液検査の結果(データのコピー添付でも可)

(検査日:西暦 _____年____月____日)

血算		末梢血液像	
WBC	/ μ L	Neutro	%
RBC	$\times 10^4$ / μ L	Stab	%(省略可)
Hb	g/dL	Seg	%(省略可)
Ht	%	Eosino	%
MCV	fL	Baso	%
Platelets	$\times 10^4$ / μ L	Lymph	%
Reticulocytes	$\times 10^4$ / μ L	Mono	%
		Other	
		[]	%
		[]	%
		[]	%
		Erythroblast	/100WBC

B. 輸血歴

赤血球輸血 なし 必要 離脱(最終輸血日から1ヵ月以上経過していること)

血小板輸血 なし 必要 離脱(最終輸血日から1ヵ月以上経過していること)

C. G-CSFの使用

投与せず 投与中 投与終了(最終投与日:西暦 _____年____月____日)

D. 蛋白同化ホルモン

投与せず 投与中 投与中止(最終投与日:西暦_____年____月____日)

E. 効果判定 CR PR NR 悪化/再発

【参考】効果判定基準(Gamitta が提唱した治療効果判定基準を参考に以下のように定義)

寛解(CR):好中球数 1500/ μ L以上, Hb値 11 g/dL以上, 血小板数 15×10^4 / μ L以上の全てを満たす場合

部分寛解(PR):輸血から離脱可能で, 下表に示す条件の一つ以上を満たす場合

	治療開始前	PR の条件
好中球数	500/ μ L 未満の場合	500/ μ L 以上の増加
	500/ μ L 以上の場合	前値の 2 倍以上 正常化(1500/ μ L 以上)
血小板数	2×10^4 / μ L 未満の場合	2×10^4 / μ L 以上の増加
	2×10^4 / μ L 以上の場合	前値の 2 倍以上 正常化(15×10^4 / μ L 以上)
Hb 値		3g/dL 以上の増加
		正常化(11g/dL 以上)

F. 病型移行・診断変更の有無

なし PNH MDS AML その他()

G. 生死

生存 (最終確認日:西暦_____年____月____日)

死亡 (死亡日:西暦_____年____月____日)

(死因: 感染症 出血 腫瘍死 その他() 不明

H. 期間内の骨髄所見 (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 施行した 施行せず

→ 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 施行した 施行せず

→ 形態異常 なし あり (赤芽球系、 顆粒球系、 巨核球)

骨髄生検 施行した 施行せず

→ 細胞密度 低形成 正形成 過形成

染色体検査 施行した 施行せず

→ 核型 正常核型 核型異常あり

【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

● 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