

施設名： _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様の匿名符号： _____

貴施設での臨床データ記入書

専門医師（自治医科大学 亀崎豊実先生）による検査結果の判定に当たり重要な情報となりますので、下記の患者様情報欄へのご記入を可能な範囲でお願い致します。

今回の検査は 初回検査 ・ 再検査 _____ （いずれかに丸をお願い致します）

再検査時は前回出検日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 頃

送付検体の採取時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ における状況

初発・再発 _____ 治療（前・中・後） _____ 溶血（無・弱・中・強）

ステロイド投与 無・有（投与時期： _____、投与量： _____）

4週間以内の輸血 無・有（輸血実地日： _____、輸血量： _____）

臨床所見

1. 主な自覚症状

（ _____ ）

2. 主な身体所見

肝 _____ 横指 脾 _____ 横指 リンパ節腫大（無・有）

3. Coombs 試験

直接法：試験管法（ _____ ）・カラム法（ _____ ）

間接法：試験管法（ _____ ）・カラム法（ _____ ）

4. 直接 Coombs 試験が陽性時の特異的 Coombs 試験結果

(1) IgG のみ陽性 (2) IgG と補体(C3b,C3d) 陽性 (3) 補体(C3b,C3d)のみ陽性

(4) 広スペクトルのみ (5) その他（ _____ ）

5. 寒冷凝集素価 _____ 倍 Donath-Landsteiner 試験 _____

6. 診断詳細

臨床診断名 _____ 疑い 確実

臨床経過や検査結果（特にステロイド投与などの治療法やそれに伴う症状・検査の変化）、
基礎疾患や原因と思われる薬剤・感染の有無など、貴症例についてコメントをお願い致します。

7. 一般検査所見（出検直近検査データ）

データは可能な範囲で結構です。

輸血実施の場合はその前後の検査データがありましたらご記載戴けますと幸いです。

一般検査所見

輸血未実施の場合		輸血実施の場合	
出検直近データ		輸血前データ	輸血後データ
年 月 日		年 月 日	年 月 日
RBC	万/ μ L	万/ μ L	万/ μ L
Hb	g/dL	g/dL	g/dL
MCV	fL	fL	fL
MCH	pg	pg	pg
MCHC	%	%	%
Reti	%	%	%
網赤血球数	万/ μ L	万/ μ L	万/ μ L
赤血球像	破碎赤血球	+ (%) / -	+ (%) / -
	球状赤血球	+ / -	+ / -
	大小不同	+ / -	+ / -
	凝集の有無	+ / -	+ / -
	その他		
WBC	μ L	μ L	μ L
Plt	万/ μ L	万/ μ L	万/ μ L
総蛋白	g/dL	g/dL	g/dL
Alb	g/dL	g/dL	g/dL
IgG	mg/dL	mg/dL	mg/dL
IgA	mg/dL	mg/dL	mg/dL
IgM	mg/dL	mg/dL	mg/dL
C3	mg/dL	mg/dL	mg/dL
C4	mg/dL	mg/dL	mg/dL
総 Bil	mg/dL	mg/dL	mg/dL
直接 Bil	mg/dL	mg/dL	mg/dL
CRP	mg/dL	mg/dL	mg/dL
AST (GOT)	IU/L	IU/L	IU/L
ALT (GPT)	IU/L	IU/L	IU/L
LDH	IU/L	IU/L	IU/L
Haptoglobin	mg/dL	mg/dL	mg/dL