

HAM患者を対象とした診断・治療の実態及びその経過に関する観察研究				
登録時 ・ 登録後 ( ) 年				
症例番号		登録年月日		
患者さん記載欄				
フリガナ氏名		記入日	年 月 日	
生年月日	年 月 日	年齢 ( ) 歳	性別 (男・女)	
職業		収入の有無	有 ・ 無	
雇用形態	常勤 ・ パート ・ アルバイト ・ その他 ( )			
家族構成				
同居家族				
家族歴	家族にHAMやATL患者がいる場合その関係： HAM ( )、ATL ( )			
公的支援受給状況	年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ( )： 金額 ( 円/月)			
介護保険の認定状況		要介護度	級	
身体障害者手帳受領	有 ・ 無	障害者手帳等級	級	
主治医記載欄				
患者さんの下記情報は主治医である私が記載したものに相違ありません。 平成 年 月 日 主治医署名				
治療歴	ステロイド	有 ・ 無	有りの場合その効果	有 ・ 無
	インターフェロン $\alpha$	有 ・ 無	有りの場合その効果	有 ・ 無
現在の治療薬 (薬剤名・用量・用法)				
合併症	ぶどう膜炎 ・ 肺病変 ( ) ・ 褥瘡 ・ 圧迫骨折 ・ その他 ( )			
血液検査 採血日 ( 年 月 日 )	白血球数			
	リンパ球 (%)			
	異常リンパ球 (%)			
	可溶性IL-2受容体			
	ウイルス量			
髄液検査 採取日 ( 年 月 日 )	細胞数			
	総蛋白			
	IgG			
	IgG index			
	ネオプテリン			

登録センター記載欄  
受付日 ( / / )