**問　診　票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | ハンドルネーム（MPN-JAPAN会員の場合） |  |
| 性別 |  | 年齢 |  |
| 正確な診断名（MFの場合原発性or 二次性） |  | 診断年（西暦） |  |
| 白血球数(WBC) |  | 分画（白血球の中味：例えば芽球が何％か？） |  |
| 赤血球数(RBC) |  | ヘモグロビン値(Hb) |  |
| 血小板数(PLT) |  | ヘマトクリット値(Ht) |  |
| 遺伝子異常の有無（分かっていれば：JAK2V617F、CALRタイプ1、CALRタイプ2、MPL等 |  |
| 染色体異常の有無（わかれば具体的にどのような異常か） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 治療（これまでの治療も含めて） |  |
| 輸血を受けているか？（月何回くらい） |  |
| ETやPVの場合血栓症や出血の既往があるか？ |  |
| MFの場合発熱、盗汗、体重減少（10％以上）の有無ある場合は治療を受けているか？ |  |
| 上記以外の疾患でこれまでに治療を受けたことがあるか？（手術、入院） |  |

|  |
| --- |
| **質問項目** |