

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 (分かっている場合: 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

--