

80 原発性骨髄線維症 (旧称: 骨髄線維症) 臨床調査個人票 (1. 新規)

ふりがな							性別	1.男 2.女	生年月日	年 月 日 生 (満 歳)			
氏名							郵便番号	住 所		出 生	発病時在住		
住 所							電 話	()	都 道 府 県	都 道 府 県			
発病年月	年 月 (満 歳)		初診年月日		年 月 日		保 険 種 別	1.協 4.共	2.組 5.国	3.船 6.後			
身体障害者 手 帳	1.あり (等級 ____ 級) 2.なし		介 護 認 定		1.要介護 (要介護度 ____)		2.要支援		3.なし				
生 活 状 況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 (____)) 日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)												
家 族 歴	1.あり 2.なし 3.不明		受 診 状 況		1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (____/月)		4.往診あり 5.入通院なし 6.その他 (____)						

該当の□にレ印を記入し、()内は選択、あるいは詳細を記載してください。
 -----部には具体的に記述してください。

1 発症と経過

2 末梢血検査所見および理学所見 (直近 (最近6か月以内) のものを含み、最低2回は必ず記載してください。)

	診断時							直 近 (6か月以内)
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
RBC (×10 ⁴ /μl)								
Hb (g/dl)								
Ht (%)								
Ret (%)								
WBC (/μl)								
芽 球 (%)								
好 中 球 (%)								
好 酸 球 (%)								
好塩基球 (%)								
単 球 (%)								
リンパ球 (%)								
Plt (×10 ⁴ /μl)								
LDH (IU/L)								
LDHの増加	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
赤芽球又は骨髄芽球	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
触知可能な脾腫	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

NAP score _____ (検査 年 月 日)

3 骨髄検査所見 (必ず記入) (穿刺・生検) (検査日 年 月 日)
 骨髄組織所見: 骨髄線維化のグレード分類 (WHO2016) (MF-0・MF-1・MF-2・MF-3)
 脂肪量 (多・普通・少) dry tap (有・無)
 有核細胞数 _____ /μl 骨髄細胞数の増加 (有・無) M/E 比 _____
 巨核球数 _____ /μl 巨核球の増加 (有・無) 巨核球の異形成 (有・無)
 顆粒球系 _____ % 顆粒球系細胞の増加 (有・無) リンパ球系 _____ %
 赤芽球系 _____ % 赤芽球系の抑制 (有・無) 網内系 (形質) _____ %
 判定不能細胞 _____ % 幼若芽球 _____ %

4 画像所見
 腹部 CT (施行・未施行) 施行→肝脾腫 (有・無) 有の場合→ (年 月 日) 所見 _____

 MRI (施行・未施行) 施行→骨髄線維化 (有・無) 有の場合→ (年 月 日) 所見 _____

 X-P (施行・未施行) 施行→骨硬化像 (有・無) 有の場合→ (年 月 日) 所見 _____

5 染色体検査所見
 染色体検査 (施行・未施行) 施行→実施年月日 (年 月 日)、検体 (骨髄・末梢血)、複雑核型 (有・無)、染色体異常 (有・無)
 染色体異常が有の場合→ (該当する異常染色体の□に✓印を記入してください。その他の場合には、内容もご記載ください。)
+8 -7/7q- i(17q) -5/5q- 12p- inv(3) 11q23 translocation その他 ()

6 遺伝子検査所見
 遺伝子検査 (施行・未施行) 施行→実施年月日 (年 月 日)、遺伝子変異 (有・無)
 有の場合→ (該当する変異遺伝子の□に✓印を記入してください。その他の場合には、内容もご記載ください。)
JAK2 CALR MPL その他 ()

7 鑑別診断 (除外できた疾患には□に✓印を記入してください。除外できない疾患がある場合は、その理由を記載してください。)
BCR-ABL1+慢性骨髄性白血病
真性多血症
本態性血小板血症
骨髄異形成症候群
その他の骨髄系腫瘍
他の疾患 (感染症、自己免疫疾患、慢性炎症、ヘアリー細胞白血病や他のリンパ系腫瘍、転移性腫瘍、中毒による(慢性)骨髄障害など)による反応性骨髄線維症
 鑑別できない理由: _____

8 治療内容 (直近6か月の治療については、必ず記載してください。)
 赤血球輸血 (有・無 (頻度:))
 JAK2 阻害薬の使用 (有・予定 (時期: 年 月頃)・無)
 造血細胞移植 (有・予定 (時期: 年 月頃)・無)
 その他の治療 (有 (具体的に:)・無)

9 予後分類
 認定基準の「重症度分類等」の記載を参考に、各項目の有無について、□に✓印を記入してください。全て該当がない場合には、「全て該当なし」の□に✓印を記入してください。

(予後分類表)
 評価年月日: 年 月 日 (記載日前6か月以内で、最も悪い状態での評価を記入してください。)

全て該当なし <input type="checkbox"/> (スコア合計点 0点)		
年齢>65歳	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
持続する症状	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
Hb<10g/dL	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
WBC>25,000/μL	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
末梢血芽球≥1%	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
血小板<10万/μL	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
赤血球輸血依存	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
予後不良染色体	無0 <input type="checkbox"/>	有1 <input type="checkbox"/>
低リスク : 0 中間-1リスク : 1 中間-2リスク : 2又は3 高リスク : ≥4	スコア合計点 _____ 点	

(裏面に続きます。)

