

## 症例登録票

診断年月日

骨髓生検を実施した日

疾患分類

- 真性多血症(WHO 分類 第4版(2008))
- 真性多血症(WHO 分類改訂第4版 (2017))
- 本態性血小板血症(WHO 分類第4版(2008))
- 本態性血小板血症(WHO 分類改訂第4版 (2017))

## 診断時データ

## 血液検査

[ 不検であった場合は -1 を入力してください。 ]

白血球数(/ $\mu$ L)	<input type="text"/>
好中球 (%)	<input type="text"/>
赤血球数 (万/ $\mu$ L)	<input type="text"/>
ヘモグロビン(g/dL)	<input type="text"/>
ヘマトクリット(%)	<input type="text"/>
血小板数(万/ $\mu$ L)	<input type="text"/>
LDH(U/L)	<input type="text"/>
EPO(mIU/mL)	<input type="text"/>
Dダイマー ( $\mu$ g/mL)	<input type="text"/>

## 自他覚所見

触知可能な脾腫(左季肋下)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
左肋骨弓下(cm)	<input type="text"/>
<small>※触知可能な脾腫(左季肋下)ありの場合に入力 ※サイズが不明の場合は、「-2」を入力</small>	
皮膚そう痒感	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明

## 全身症状（診断日より過去1年以内の状況をご入力下さい。）

10%以上の体重減少	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
38.0℃以上の発熱	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
夜間盗汗	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
全身倦怠感	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
赤血球輸血依存	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
診断時の血栓性イベント	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
診断時の血栓性イベント詳細	<input type="checkbox"/> 脳梗塞（ラクナ梗塞を除く） <input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 末梢閉塞性動脈疾患 <input type="checkbox"/> 肢端紅痛症 <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症
診断時の出血性イベント	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
診断時の出血性イベント詳細	<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 粘膜出血(口腔内) <input type="checkbox"/> 粘膜出血(鼻粘膜)

## 既往歴

高血圧

 あり  なし  不明

糖尿病

 あり  なし  不明

高LDL-コレステロール血症

 あり  なし  不明

高トリグリセリド血症

 あり  なし  不明

うっ血性心不全

 あり  なし  不明

血栓性イベントの既往

 あり  なし  不明

血栓性イベントの既往詳細

※血栓性イベントの既往ありの場合に入力。複数選択可。

 脳梗塞（ラクナ梗塞を除く）  ラクナ梗塞  一過性脳虚血発作  
 心筋梗塞  狭心症  末梢閉塞性動脈疾患  肢端紅痛症  
 深部静脈血栓症  肺塞栓症

出血性イベントの既往

 あり  なし  不明

出血性イベントの既往詳細

※出血性イベントの既往ありの場合に入力。複数選択可

 脳出血  消化管出血  血尿  粘膜出血(口腔内)  
 粘膜出血(鼻粘膜)

## 喫煙歴

発症時の喫煙の有無

※日常的な喫煙で、本数・年を問わない

 あり  なし  不明

## 遺伝子変異

JAK2V617F 遺伝子変異

 あり  なし  未検

JAK2exon12 遺伝子変異

 あり  なし  未検

MPL 遺伝子変異

 W515L  W515K  その他  なし  未検

CALR 遺伝子変異

 type1  type2  その他  なし  未検

## 染色体検査

染色体異常の有無

予後不良染色体の定義：複雑核型あるいは以下の括弧内の染色体異常を1つ以上含む  
[+8, -7/7q-, i(17q), -5/5q-, 12p-, inv(3), 11q23 再構成, del(20), del(13), +1, der(1;7), or 複雑核型(3種類以上の染色体異常)] 異常なし  
 異常あり  
 施行も分裂像が得られず  
 未施行  
 不明

※検査結果を中央判定機関に送付してください。

染色体異常の種類

複数選択可

 +8  -7/7q-  i(17q)  -5/5q-  12p-  inv(3)  
 11q23 再構成  del(20)  del(13)  +1  der(1;7)  
 複雑核型  その他

## 治療状況調査

## 治療状況：全経過を通じてご提出ください

治療の有無

 あり  なし  不明

治療の種類

※複数選択可

- 抗血小板薬・抗凝固薬
- 酢酸メテノロン
- ダナゾール
- プレドニゾン
- ハイドロキシウレア
- 鉄キレート剤
- メルファラン
- ルキシリチニブ
- モメロチニブ
- その他のJAK2阻害剤
- サリドマイド
- レナリドマイド
- アナグレライド
- インターフェロン
- プスルファン
- ラニムスチン
- 赤血球輸血
- 血小板輸血
- 瀉血
- テロメラゼ阻害薬

赤血球輸血：原疾患および合併症のため1回以上の輸血を要した場合

血小板輸血：原疾患および合併症のため1回以上の輸血を要した場合

瀉血：200mL以上の瀉血を1回以上要した場合

抗血小板薬・抗凝固薬 詳細

- アスピリン
- クロピドグレル
- チクロピジン
- ワルファリン
- ダビガドラン
- エドキサバントシル
- リバーロキサバン
- アピキサバン
- その他

## イベント報告書(血栓,出血,病型移行,二次がん)

## イベント

イベント発生日

イベント、移行の種類

- 血栓性イベント  
 出血性イベント  
 病型移行  
 二次発がん

血栓性イベント詳細

- 脳梗塞  一過性脳虚血発作  心筋梗塞  狭心症  
 末梢閉塞性動脈疾患  肢端紅痛症  深部静脈血栓症  肺塞栓症

出血性イベント詳細

- 脳出血  消化管出血  血尿  粘膜出血(口腔内)  
 粘膜出血(鼻粘膜)

病型移行の詳細

- 急性白血病  骨髄異形成症候群  二次性骨髄線維症  
 真性多血症 (本態性血小板血症から)

## 二次発がん

二次発がん診断名

## イベント発症時の治療状況

治療の有無

- あり  なし  不明

## 治療の種類

※複数選択可

- 抗血小板薬・抗凝固薬
- 酢酸メテノロン
- ダナゾール
- プレドニゾロン
- ハイドロキシウレア
- 鉄キレート剤
- メルファラン
- ルキシリチニブ
- モメロチニブ
- その他のJAK2阻害剤
- サリドマイド
- レナリドマイド
- アナグレライド
- インターフェロン
- ブスルファン
- ラニムスチン
- 赤血球輸血
- 血小板輸血
- 瀉血
- テロメラーゼ阻害薬

---

赤血球輸血：原疾患および合併症のため1回以上の輸血を要した場合

血小板輸血：原疾患および合併症のため1回以上の輸血を要した場合

瀉血：200mL以上の瀉血を1回以上要した場合

## 抗血小板薬・抗凝固薬 詳細

- アスピリン
  - クロピドグレル
  - チクロピジン
  - ワルファリン
  - ダビガドラン
  - エドキサバントシル
  - リバーロキサバン
  - アピキサバン
  - その他
-

## 摘脾/脾照射/造血幹細胞移植の報告書

イベント、移行の種類

 摘脾  脾照射  造血幹細胞移植

## 摘脾

手術日

合併症の有無

死亡の場合は最終追跡調査/死亡報告書を、血栓症、出血、血球減少(grade4以上)の場合はイベント報告書の記入をお願い致します。

 あり  なし  不明

## 脾照射

照射開始日

照射線量(Gy)

分割照射回数(回)

合併症

死亡の場合は最終追跡調査/死亡報告書を、血栓症、出血、血球減少(grade4以上)の場合はイベント報告書の記入をお願い致します。

 あり  なし  不明

## 造血幹細胞移植

移植日

移植ドナー

 血縁  非血縁

移植ソース

 骨髄  末梢血  臍帯血

HLA

 一致  不一致

生着

 あり  なし  評価不能

## 最終追跡調査/死亡報告書

## 生存に関する情報

生死確認

 生存  死亡

死亡

※お手数ですが死亡の場合は、チェックをお願いします。

 死亡

死亡日

主たる死因

- 急性白血病への移行
- 二次発がん
- 白血病への移行以外の原病の増悪
- 感染症
- 脳梗塞
- 心筋梗塞
- 肺塞栓
- 脳梗塞・心筋梗塞・肺塞栓以外の血栓性イベント
- 脳出血
- 消化管出血
- 脳出血・消化管出血以外の出血性イベント
- 病型移行・原病の増悪・出血性イベント・血栓性イベント以外の原因による心不全
- 病型移行・原病の増悪・出血性イベント・血栓性イベント以外の原因による呼吸不全
- 病型移行・原病の増悪・出血性イベント・血栓性イベント以外の原因による肝不全
- 病型移行・原病の増悪・出血性イベント・血栓性イベント以外の原因による腎不全
- その他
- 不明

※死因が

急性白血病への移行、  
二次発がん、  
脳梗塞、  
心筋梗塞、  
肺塞栓、  
脳梗塞・心筋梗塞・肺塞栓以外の血栓性イベント、  
感染症、  
脳出血、  
消化管出血  
脳出血・消化管出血以外の出血性イベント

の場合は「イベント報告書(血栓,出血,感染症,病型移行,二次がん,血球減少)」の入力もお願い致します。

最終生存確認日

生存の場合ご入力ください  
生存不明の場合も、最後に生存確認できている日付  
をご入力ください

## 中止報告書

中止日

中止理由

- 拒否の申し出があった
- 選択基準に該当しなかった