

診断時の血球数	
診断時の所見 _____ 年__月__日	
白血球数( $\mu$ l)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
白血球分類	好中球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	好酸球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	好塩基球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	リンパ球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	単球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	異型リンパ球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	骨髄芽球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	有核赤血球(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
	その他(%) _____, <input type="checkbox"/> 未施行
赤血球数( $\times 10^4/\mu$ l)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
ヘモグロビン(g/dl)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
ヘマトクリット(%)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
MCV(fl)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
MCH(pg)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
MCHC(%)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
血小板数( $\times 10^4/\mu$ l)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
網状赤血球数(‰)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行

診断時の生化学所見、免疫血清学的所見	
	診断時の所見 _____ 年__月__日
総蛋白(g/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
アルブミン(g/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
総ビリルビン(mg/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
直接ビリルビン(mg/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
アルカリフォスファターゼ(IU/l)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
AST(GOT) (IU/l)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
ALT(GPT) (IU/l)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
乳酸脱水素酵素(LDH) (IU/l)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
尿素窒素(BUN)(mg/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
クレアチニン(mg/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
C 反応性蛋白(CRP) (mg/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
ハプトグロビン(mg/dl)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
エリスロポエチン(mU/ml)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
ビタミン B12(pg/ml)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
葉酸(ng/ml)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
抗核抗体(倍)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
リウマチ因子(倍)	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行
Coombs test	_____ , <input type="checkbox"/> 未施行

診断時の鉄関連検査	
	診断時の所見 _____ 年__月__日
血清鉄( $\mu$ g/dl)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
総鉄結合能(TIBC) ( $\mu$ g/dl)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
不飽和鉄結合能(UIBC) ( $\mu$ g/dl)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行
フェリチン(ng/ml)	_____, <input type="checkbox"/> 未施行

鉄過剰による臓器障害の有無			
		診断時の所見 _____ 年__月__日	最近の所見 _____ 年__月__日
皮膚	青銅色の色素沈着	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
肝臓	肝腫大	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり CT検査 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり CT検査 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行
	肝硬変	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり CT検査 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり CT検査 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行
膵臓	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり CT検査 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり CT検査 <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行
心臓	不整脈、心不全	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
下垂体	下垂体機能低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
精巣	性腺機能低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

診断時の骨髄所見	
診断時の所見      年   月   日	
骨髄穿刺	<input type="checkbox"/> 施行 <input type="checkbox"/> 未施行 施行の場合は以下に記入をお願いします。
有核細胞数( $\times 10^4/\mu\text{l}$ )	_____
巨核球数( $/\mu\text{l}$ )	_____
M/E 比	_____
骨髄球系細胞(%)	_____
骨髄芽球(%)	_____
赤芽球系細胞(%)	_____
前赤芽球(%)	_____
巨赤芽球(%)	_____
好塩基性赤芽球(%)	_____
多染性赤芽球(%)	_____
正染性赤芽球(%)	_____
赤芽球中の 環状鉄芽球比率(%)	_____
リンパ球系細胞(%)	_____
単球系細胞(%)	_____
形質細胞(%)	_____
その他(%)	_____
異形成の 有無	赤芽球系 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	顆粒球系 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(            )
染色体異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(            )

【治療】

あり なし

ありの場合

治療期間 \_\_\_\_年\_\_月～ \_\_\_\_年\_\_月

(現在も治療継続中 現在は治療なし)

治療内容	
<input type="checkbox"/> ビタミン B6	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり
<input type="checkbox"/> ビタミン K2	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり
<input type="checkbox"/> 葉酸	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり
<input type="checkbox"/> 蛋白同化ホルモン	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり
<input type="checkbox"/> 赤血球輸血	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり ありの場合の輸血量 <input type="checkbox"/> 0-5 単位 <input type="checkbox"/> 6-10 単位 <input type="checkbox"/> 11-20 単位 <input type="checkbox"/> 21 単位以上
<input type="checkbox"/> 鉄キレート剤	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり
<input type="checkbox"/> 同種造血幹細胞移植 移植日 ____年__月__日	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果あり

最終確認日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

生存 死亡 (死亡理由 )

特記事項がありましたら以下に記載をお願いします。

---

---

---



