日本版

骨髄増殖性腫瘍 症状評価フォーム総症状スコアMPN-SAF TSS*

*Myeloproliferative Neoplasm -Symptom Assessment Form Total Symptom Score

患者さん記入用

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿　記入日 ＿＿月＿＿日　次回受診日 ＿＿月＿＿日

この症状評価フォームでは、患者さんの症状を記録できるようになっています。
それぞれの症状について、症状の程度を最もよく表す数字１つに ☑ を付けてください。
該当の症状が「なし」の場合を「0」とし、考えられる「最悪の状態」を「10」とします。
全ての症状の程度を記入し、受診時に主治医に見せてください。

この24時間に感じた最も強いだるさ（倦怠感、疲労感）について一番よく表す数字1つに ☑ を付けてください。

	なし 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	これ以上考えられないほどのだるさ 10
24時間内に感じた最も強いだるさ（倦怠感、疲労感）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

この1週間に経験した症状の程度を最もよく表す数字1つに ☑ を付けてください。

	なし 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	最悪の状態 10
食事の際、すぐに満腹感を感じる（早期満腹感）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
腹部不快感	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
無気力	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
集中力に関する悩み（発病前と比較して）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
寝汗	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
かゆみ（激しいかゆみ）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
骨の痛み（関節痛や関節炎以外の広範な痛み）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
過去6ヵ月にわたる意図しない体重減少	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	なし 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	毎日 10
37.8℃以上の発熱	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

自由記入欄（その他の症状、気づいたこと）

上記10項目について数字を合計してください ＿＿＿＿

監修：宮崎大学医学部 内科学講座 血液・糖尿病・内分泌内科学分野　下田 和哉 先生

NOVARTIS

記入のしかた



記入日と次回受診日を記入してください。可能な限り、次回受診日の直前から約1週間前までの間に感じた症状の程度を評価してください。

症状の程度を最もよく表す数字1つに を付けてください。

■「0」⇒全く感じなかった
■「10」⇒最も悪化した

例）
・だるさ（倦怠感、疲労感）：これ以上考えられないだるさを「10」としてください。数字で表せない場合は、下記の自由記入欄に記載しておいてください。
・発熱の場合は37.8℃以上の発熱が毎日あった場合を「10」としてください。

10項目の症状以外に頻繁に感じた症状や、その他気づいたことなどは、自由記入欄に記載しておいてください。

全ての記載を確認したら点数を合計してください。

主治医にご自身の状態を伝える大切な情報になります。次回受診日に必ずお持ちください。

お問い合わせ先（施設連絡先）

いつもと違う症状を感じたら主治医または看護師にご連絡ください。