

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

キーフィールド

CIBMTR センター番号 : _____

細胞治療登録一元管理番号 (CRID) : _____

イベント日 (輸注予定日) : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

その後の細胞治療

これが同じ適応症 (主疾患) に対する 2 回目以降の細胞治療の報告であり、かつこのベースライン時点での疾患情報が JDCHCT へ報告されていなかった場合には、「いいえ/無」を選択し、フォームの質問 1 を始めてください。これが異なる疾患に対する 2 回目以降の細胞治療の報告である場合、フォームの質問 1 を始めてください。

これは、同じ疾患に対する 2 回目以降の細胞治療の報告ですか？

- ☐ はい/有 → 質問 82 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 1 へ

診断時の疾患評価

質問 : 1-55

1. リンパ腫組織型を選択してください (診断時)

- ☐ ホジキンリンパ腫 (非定型型、not otherwise specified) (150)
- ☐ リンパ球減少型 (154)
- ☐ リンパ球豊富型 (151)
- ☐ 混合細胞型 (153)
- ☐ 結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫 (155)
- ☐ 結節硬化型 (152)
- ☐ ALK 陽性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (1833)
- ☐ DLBCL と古典的ホジキンリンパ腫の中間の特徴を有する、分類不能の B 細胞リンパ腫 (149)
- ☐ バーキットリンパ腫 (111)
- ☐ 11q 異常を伴うバーキット様リンパ腫 (1834)
- ☐ びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫活性化 B 細胞タイプ (non-GCB) (1821) → 質問 3 へ
- ☐ びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫胚中心 B 細胞タイプ (1820) → 質問 3 へ
- ☐ びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (起始細胞不明) (107)
- ☐ 慢性炎症に伴う DLBCL (1825)
- ☐ 十二指腸型濾胞性リンパ腫 (1815)
- ☐ EBV 陽性 DLBCL、非定型型 (1823)
- ☐ EBV 陽性皮膚粘膜潰瘍 (1824)
- ☐ 節外性濾胞辺縁帯粘膜関連リンパ組織型リンパ腫 (MALT) (122)
- ☐ 濾胞性リンパ腫 : 混合型、小分割および大細胞 (Grade II 濾胞中心リンパ腫) (103)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)**輸注前情報** ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ 濾胞性リンパ腫：大細胞優位型（Grade IIIA 濾胞中心リンパ腫）（162）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：大細胞優位型（Grade IIIB 濾胞中心リンパ腫）（163）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：大細胞優位型（Grade IIIA か IIIB が明らかでない）（1814）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：小分割細胞優位型（Grade I 濾胞中心リンパ腫）（102）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：（Grade 不明）（164）
- ☐ HHV8 陽性 DLBCL、非定型型（1826）
- ☐ MYC および BCL2 と BCL6 の両方か一方の再構成を伴う高悪性度 B 細胞リンパ腫（1831）
- ☐ 高悪性度 B 細胞リンパ腫、非定型型（1830）
- ☐ 血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫（136）
- ☐ IRF4 再構成をもつ大細胞型 B 細胞リンパ腫（1832）
- ☐ リンパ腫様肉芽腫症（1835）
- ☐ マントル細胞リンパ腫（115）
- ☐ 節性濾胞辺縁帯 B 細胞リンパ腫（±単球様 B 細胞）（123）
- ☐ 小児節性濾胞辺縁帯リンパ腫（1813）
- ☐ 小児型濾胞性リンパ腫（1816）
- ☐ 形質芽細胞リンパ腫（1836）
- ☐ 原発性皮膚 DLBCL、下肢型（1822）
- ☐ 皮膚原発濾胞中心リンパ腫（1817）
- ☐ 中枢神経原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（118）
- ☐ 原発性体腔液リンパ腫（primary effusion lymphoma）（138）
- ☐ 前縦隔（胸腺）原発大細胞型 B 細胞リンパ腫（125）
- ☐ 脾 B 細胞リンパ腫/白血病、分類不能群（1811）
- ☐ びまん性赤脾髄小型 B 細胞リンパ腫（1812）
- ☐ 脾濾胞辺縁帯 B 細胞リンパ腫（124）
- ☐ T 細胞・組織球豊富型大細胞型 B 細胞リンパ腫（120）
- ☐ ワルデンシュトレームマクログロブリン血症/リンパ球形質細胞性リンパ腫（173）
- ☐ その他の B 細胞リンパ腫（129） → **質問 2 へ**
- ☐ 成人 T 細胞性リンパ腫/白血病（HTLV1 関連）（134）
- ☐ アグレッシブ NK 細胞白血病（27）
- ☐ 未分化大細胞型リンパ腫（ALCL）、ALK 陽性（143）
- ☐ 未分化大細胞型リンパ腫（ALCL）、ALK 陰性（144）
- ☐ 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫（131）
- ☐ 乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫（1861）
- ☐ NK 細胞慢性リンパ増殖異常症（1856）
- ☐ 腸症型 T 細胞リンパ腫（133）
- ☐ 節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型（137）
- ☐ 濾胞性 T 細胞リンパ腫（1859）
- ☐ 肝脾型 T 細胞リンパ腫（145）
- ☐ 低悪性消化管 T 細胞リンパ増殖症（1858）
- ☐ 単形性上皮向性腸管 T 細胞リンパ腫（1857）

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ 菌状息肉腫 (141)
- ☐ 節性 TFH 表現型末梢性 T 細胞リンパ腫 (1860)
- ☐ 末梢 T 細胞リンパ腫 (PTCL)、非特定型 (130)
- ☐ 皮膚原発耳介部 CD8 陽性 T 細胞リンパ腫 (1853)
- ☐ 原発性皮膚 CD4 陽性小・中細胞型 T 細胞リンパ増殖異常症 (1854)
- ☐ 皮膚原発 CD8 陽性進行性表皮向性細胞障害性 T 細胞リンパ腫 (1852)
- ☐ 原発性皮膚 CD30 陽性 T 細胞リンパ増殖異常症 (皮膚原発未分化大細胞型リンパ腫 [C-ALCL]、リンパ丘疹症) (147)
- ☐ 皮膚原発 $\gamma\delta$ T 細胞リンパ腫 (1851)
- ☐ セザリー症候群 (142)
- ☐ 皮下脂肪織炎様 T 細胞リンパ腫 (146)
- ☐ 小児全身性 EBV 陽性 T 細胞リンパ腫 (1855)
- ☐ T 細胞大顆粒リンパ球性白血病 (126)
- ☐ その他の T 細胞・N K 細胞リンパ腫 (139) → 質問 2 へ
- ☐ 古典的ホジキンリンパ腫型 PTLD (1876)
- ☐ 高度濾胞過形成型 PTLD (1873)
- ☐ 伝染性単核症 PTLD (1872)
- ☐ 単形性 PTLD (B 細胞型、T 細胞型・NK 細胞型) (1875)
- ☐ 形質細胞性過形成型 PTLD (1871)
- ☐ 多形性 PTLD (1874)

2. その他のリンパ腫組織型を記載してください: _____

3. DLBCL (胚中心 B 細胞型対活性 B 細胞型) サブタイプ分類は、以下に基づいています:

- ☐ 免疫組織化学 (Han のアルゴリズムなど)
- ☐ 遺伝子発現プロファイル
- ☐ 不明 方法

4. 文書を JDCHCT に提出しましたか? (診断時の病理報告書など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

5. 免疫組織化学染色を実施しましたか? (診断時、いずれかの形質転換前)

- ☐ はい/有 → 質問 6 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 25 へ
- ☐ 不明 → 質問 25 へ

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

6. BCL-2

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

7. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 8. 陽性 : _____ %

9. BCL-6

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

10. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 11. 陽性 : _____ %

12. CD5

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

13. CD10

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

14. CD30

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

15. C-MYC

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

16. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 17. 陽性 : _____ %

18. サイクリン D1

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

19. EBER ISH (in situ hybridization)

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

20. Ki-67

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

21. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 22. 陽性 : _____ %

23. MUM1

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

24. SOX11

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

25. Cytogenetics 検査を実施しましたか（核型分析や FISH）？

- ☐ はい/有 → 質問 26 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 56 へ
- ☐ 不明 → 質問 56 へ

26. FISH により cytogenetics 検査を実施しましたか？

- ☐ はい/有 → 質問 27 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 51 へ

27. 検査結果

- ☐ 異常あり → 質問 28 へ
- ☐ 異常なし → 質問 50 へ

診断時に、以下のいずれかの細胞遺伝学的異常または遺伝子再構成が確認された場合、記載してください：

28. t(1;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

29. t(2;5)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

30. t(2;8)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

31. t(8;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

32. t(8;22)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

33. t(11;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

34. t(11;18)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

35. t(14;18)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

36. i(7q)(q10)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

37. del(17p) / 17p-

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

38. P53 欠損

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

39. BCL-2 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

40. BCL-2 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

41. BCL-6 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

42. BCL-6 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

43. C-MYC 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

44. C-MYC 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

45. DUSP22-再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

46. 免疫グロブリン重 (IgH) 鎖再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

47. TP63-再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

48. その他の異常

- ☐ はい/有 → 質問 49 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 50 へ
- ☐ 未検査 → 質問 50 へ

49. その他の異常を記載してください : _____

50. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (FISH 報告書など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

51. 核型分析により cytogenetics 検査を実施しましたか？

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

52. 検査結果

- ☐ 異常あり
- ☐ Metaphase (中期) を認めず評価不能
- ☐ 異常なし

診断時に、以下のいずれかの細胞遺伝学的異常が確認された場合、記載してください :

53. 異常を選択してください (当てはまるものをすべて選択してください)

- ☐ t(2;5)
- ☐ t(2;8)
- ☐ t(8;14)
- ☐ t(8;22)
- ☐ t(11;14)
- ☐ t(11;18)
- ☐ t(14;18)
- ☐ i(7q)(q10)
- ☐ del(17p) / 17p-
- ☐ P53 欠損
- ☐ その他の異常

→ 54. その他の異常を記載してください : _____

55. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (核型分析報告書など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

診断時の臨床検査

質問 : 56-68

質問 56～68 は、質問 1 で選択した組織型に該当する質問のみ回答してください。

56. 白血球 (マントル細胞リンパ腫およびすべてのホジキン組織型)

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 57. _____ . _____ ☐ $\times 10^9/L$ ($\times 10^3/mm^3$) ☐ $\times 10^6/L$
(小数第 1 位まで)

58. ヘモグロビン (濾胞性およびすべてのホジキン組織型)

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 59. _____ . _____ ☐ g/dL ☐ g/L ☐ mmol/L
(小数第 2 位まで)

60. リンパ球絶対数 (すべてのホジキン組織型)

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 61. _____ ☐ $\times 10^9/L$ ($\times 10^3/mm^3$) ☐ $\times 10^6/L$

62. リンパ球 (割合) (すべてのホジキン組織型)

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 63. _____ %

64. 血清アルブミン (すべてのホジキン組織型)

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 65. _____ . _____ ☐ g/dL ☐ g/L
(小数第 1 位まで)

66. LDH (すべての組織型)

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 67. _____ . _____ ☐ U/L ☐ $\mu\text{kat/L}$
(小数第 2 位まで)

68. LDH 正常値上限 : _____ . _____ ☐ U/L ☐ $\mu\text{kat/L}$
(小数第 2 位まで)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

診断時の節性病変および臓器病変の評価

質問 : 69-81

69. PET (または PET/CT) スキャンを実施しましたか？

- ☐ はい/有 → 質問 70 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 71 へ

70. PET (または PET/CT) スキャンにおいて、いずれかの疾患部位でリンパ腫病変が陽性として検出されましたか？

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

71. 患者には、節性病変が認められていましたか？

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

質問 1 で濾胞性リンパ腫以外を選択した場合にのみ質問 72 へ回答してください。

72. 節性病変の部位の総数を選択してください：（濾胞性リンパ腫の場合を除く）

- ☐ 1 か所の節性病変 → 質問 74 へ
- ☐ 2 か所以上の節性病変
- ☐ 不明

質問 1 で濾胞性リンパ腫を選択した場合にのみ質問 73 へ回答してください。

73. 節性病変の部位の総数を選択してください：（濾胞性リンパ腫のみ）

- ☐ ≥5
- ☐ <5
- ☐ 不明

74. 最大の節性腫瘍のサイズを記載してください： _____ ・ _____ cm x _____ ・ _____ cm

75. 節外性病変または脾病変が認められましたか？（診断時、いずれかの形質転換前）

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 不明

節外性病変の部位を記載してください：

76. 病変の部位を選択してください（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ 副腎
- ☐ 骨
- ☐ 骨髓
- ☐ 脳
- ☐ 脳脊髄液 (CSF)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ 硬膜外腔
- ☐ 消化 (GI) 管
- ☐ 心臓
- ☐ 腎臓
- ☐ 軟膜病変
- ☐ 肝臓
- ☐ 肺
- ☐ 心膜
- ☐ 胸膜
- ☐ 皮膚
- ☐ 脾臓
- ☐ その他の部位

→ 77. その他の部位を記載してください : _____

78. 臓器病変のステージ

- ☐ I - 一つのリンパ節領域またはリンパ系組織の侵襲、または一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性侵襲
- ☐ II - 横隔膜の片側にとどまる 2 か所以上のリンパ節領域の侵襲、または一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性病変と横隔膜の同側の一つ以上のリンパ節領域の病変
- ☐ III - 横隔膜の上下にわたる複数のリンパ節領域の侵襲。これに一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性侵襲、または脾臓への侵襲、あるいはこの両方が伴う場合あり。
- ☐ IV - リンパ節病変の有無にかかわらず、一つあるいは複数のリンパ節外臓器または部位のびまん性の侵襲
- ☐ 不明

79. 全身症状 (B 症状) は認められましたか? (> 38° C の原因不明の発熱、盗汗、または説明できない体重減少 [診断する 6 か月前の体重から > 10% の減少])

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 不明

80. ECOG スコア (診断時)

- ☐ 該当データ有り → 質問 81 へ
- ☐ 不明

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

81. ECOG スコア (診断時)

- ☐ 0 - 全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
- ☐ 1 - 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。例：軽い家事、事務作業
- ☐ 2 - 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
- ☐ 3 - 限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
- ☐ 4 - 全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

形質転換時の疾患評価

質問：82-139

82. 診断時に、リンパ腫組織型が CLL から形質転換したことが報告されていますか？

- ☐ はい/有 → 質問 166 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 83 へ

83. 診断から前治療（前処置）・輸注開始までの間に、患者は異なるリンパ腫組織型に転換しましたか？（CLL 以外）

- ☐ はい/有 → 質問 84 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 166 へ

84. リンパ腫組織型を選択してください（形質転換時）

- ☐ ホジキンリンパ腫（非定型型、not otherwise specified）（150）
- ☐ リンパ球減少型（154）
- ☐ リンパ球豊富型（151）
- ☐ 混合細胞型（153）
- ☐ 結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫（155）
- ☐ 結節硬化型（152）
- ☐ ALK 陽性大細胞型 B 細胞リンパ腫（1833）
- ☐ DLBCL と古典的ホジキンリンパ腫の中間の特徴を有する分類不能の B 細胞リンパ腫（149）
- ☐ バーキットリンパ腫（111）
- ☐ 11q 異常を伴うバーキット様リンパ腫（1834）
- ☐ びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫活性化 B 細胞タイプ（non-GCB）（1821）
- ☐ びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫胚中心 B 細胞タイプ（1820）
- ☐ びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（起始細胞不明）（107）
- ☐ 慢性炎症に伴う DLBCL（1825）
- ☐ 十二指腸型濾胞性リンパ腫（1815）
- ☐ EBV 陽性 DLBCL、非定型型（1823）
- ☐ EBV 陽性皮膚粘膜潰瘍（1824）
- ☐ 節外性濾胞辺縁帯粘膜関連リンパ組織型リンパ腫（MALT）（122）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：混合型、小分割および大細胞（Grade II 濾胞中心リンパ腫）（103）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：大細胞優位型（Grade IIIA 濾胞中心リンパ腫）（162）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：大細胞優位型（Grade IIIB 濾胞中心リンパ腫）（163）

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ 濾胞性リンパ腫：大細胞優位型（Grade IIIA か IIIB が明らかでない）（1814）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：小分割細胞優位型（Grade I 濾胞中心リンパ腫）（102）
- ☐ 濾胞性リンパ腫：（Grade 不明）（164）
- ☐ HHV8 陽性 DLBCL、非定型型（1826）
- ☐ MYC および BCL2 と BCL6 の両方か一方の再構成を伴う高悪性度 B 細胞リンパ腫（1831）
- ☐ 高悪性度 B 細胞リンパ腫、非定型型（1830）
- ☐ 血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫（136）
- ☐ IRF4 再構成をもつ大細胞型 B 細胞リンパ腫（1832）
- ☐ リンパ腫様肉芽腫症（1835）
- ☐ マントル細胞リンパ腫（115）
- ☐ 節性濾胞辺縁帯 B 細胞リンパ腫（±単球様 B 細胞）（123）
- ☐ 小児節性濾胞辺縁帯リンパ腫（1813）
- ☐ 小児型濾胞性リンパ腫（1816）
- ☐ 形質芽細胞リンパ腫（1836）
- ☐ 原発性皮膚 DLBCL、下肢型（1822）
- ☐ 皮膚原発濾胞中心リンパ腫（1817）
- ☐ 中枢神経原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（118）
- ☐ 原発性体腔液リンパ腫（primary effusion lymphoma）（138）
- ☐ 前縦隔（胸腺）原発大細胞型 B 細胞リンパ腫（125）
- ☐ 脾 B 細胞リンパ腫/白血病、分類不能群（1811）
- ☐ びまん性赤脾髄小型 B 細胞リンパ腫（1812）
- ☐ 脾濾胞辺縁帯 B 細胞リンパ腫（124）
- ☐ T 細胞・組織球豊富型大細胞型 B 細胞リンパ腫（120）
- ☐ その他の B 細胞リンパ腫（129） → 質問 85 へ
- ☐ 成人 T 細胞性リンパ腫/白血病（HTLV1 関連）（134）
- ☐ アグレッシブ NK 細胞白血病（27）
- ☐ 未分化大細胞型リンパ腫（ALCL）、ALK 陽性（143）
- ☐ 未分化大細胞型リンパ腫（ALCL）、ALK 陰性（144）
- ☐ 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫（131）
- ☐ 乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫（1861）
- ☐ NK 細胞慢性リンパ増殖異常症（1856）
- ☐ 腸症型 T 細胞リンパ腫（133）
- ☐ 節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型（137）
- ☐ 濾胞性 T 細胞リンパ腫（1859）
- ☐ 肝脾型 T 細胞リンパ腫（145）
- ☐ 低悪性消化管 T 細胞リンパ増殖症（1858）
- ☐ 単形性上皮向性腸管 T 細胞リンパ腫（1857）
- ☐ 菌状息肉腫（141）
- ☐ 節性 TFH 表現型末梢性 T 細胞リンパ腫（1860）
- ☐ 末梢 T 細胞リンパ腫（PTCL）、非特定型（130）

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ 皮膚原発耳介部 CD8 陽性 T 細胞リンパ腫 (1853)
- ☐ 原発性皮膚 CD4 陽性小・中細胞型 T 細胞リンパ増殖異常症 (1854)
- ☐ 皮膚原発 CD8 陽性進行性表皮向性細胞障害性 T 細胞リンパ腫 (1852)
- ☐ 原発性皮膚 CD30 陽性 T 細胞リンパ増殖異常症 (皮膚原発未分化大細胞型リンパ腫 [C-ALCL]、リンパ丘疹症) (147)
- ☐ 皮膚原発 $\gamma\delta$ T 細胞リンパ腫 (1851)
- ☐ セザリー症候群 (142)
- ☐ 皮下脂肪織炎様 T 細胞リンパ腫 (146)
- ☐ 小児全身性 EBV 陽性 T 細胞リンパ腫 (1855)
- ☐ T 細胞大顆粒リンパ球性白血病 (126)
- ☐ その他の T 細胞・NK 細胞リンパ腫 (139) → 質問 85 へ
- ☐ 古典的ホジキンリンパ腫型 PTLD (1876)
- ☐ 高度濾胞過形成型 PTLD (1873)
- ☐ 伝染性単核症 PTLD (1872)
- ☐ 単形性 PTLD (B 細胞型、T 細胞型・NK 細胞型) (1875)
- ☐ 形質細胞性過形成型 PTLD (1871)
- ☐ 多形性 PTLD (1874)

85. その他のリンパ腫組織型を記載してください : _____

86. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (病理報告書など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

87. 形質転換の日付は、診断日と同じでしたか？

- ☐ はい/有 → 質問 166 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 88 へ

88. 形質転換日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

89. 免疫組織化学染色を実施しましたか？ (形質転換時)

- ☐ はい/有 → 質問 90~108 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 109 へ
- ☐ 不明 → 質問 109 へ

90. BCL-2

- ☐ 陽性 → 質問 91 へ
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

91. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 92. 陽性 : _____ %

93. BCL-6

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

94. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 95. 陽性 : _____ %

96. CD5

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

97. CD10

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

98. CD30

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

99. C-MYC

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

100. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り → 質問 101 へ
- ☐ 不明

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

101. 陽性 : _____ %

102. サイクリン D1

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

103. EBER ISH (in situ hybridization)

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

104. Ki-67

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

105. 陽性の割合

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 106. 陽性 : _____ %

107. MUM1

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

108. SOX11

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 不明

109. Cytogenetics 検査を実施しましたか（核型分析や FISH）？

- ☐ はい/有 → 質問 110 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 140 へ
- ☐ 不明 → 質問 140 へ

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

110. FISH により cytogenetics 検査を実施しましたか？

- ☐ はい/有 → 質問 111 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 135 へ

111. 検査結果

- ☐ 異常あり → 質問 112～133 へ
- ☐ 異常なし → 質問 134 へ

形質転換時に、以下のいずれかの細胞遺伝学的異常または遺伝子再構成が確認された場合、記載してください：

112. t(1;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

113. t(2;5)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

114. t(2;8)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

115. t(8;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

116. t(8;22)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

117. t(11;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

118. t(11;18)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

119. t(14;18)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

120. i(7q)(q10)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

121. del(17p) / 17p-

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

122. P53 欠損

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

123. BCL-2 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

124. BCL-2 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

125. BCL-6 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

126. BCL-6 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

127. C-MYC 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

128. C-MYC 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

129. DUSP22-再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

130. 免疫グロブリン重 (IgH) 鎖再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

131. TP63-再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

132. その他の異常

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

→ 133. その他の異常を記載してください : _____

134. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (FISH 報告書など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

135. 核型分析により cytogenetics 検査を実施しましたか？

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

136. 検査結果

- ☐ 異常あり
☐ Metaphase (中期) を認めず評価不能
☐ 異常なし

形質転換時に、以下のいずれかの細胞遺伝学的異常が確認された場合、記載してください：

137. 異常を選択してください（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ t(2;5)
☐ t(2;8)
☐ t(8;14)
☐ t(8;22)
☐ t(11;14)
☐ t(11;18)
☐ t(14;18)
☐ i(7q)(q10)
☐ del(17p) / 17p-
☐ P53 欠損
☐ その他の異常

→ 138. その他の異常を記載してください：

139. 文書を JDCHCT に提出しましたか？（核型分析報告書など）

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

形質転換時の臨床検査

質問：140-152

質問 140～152 は、質問 84 で選択した組織型に該当する質問へ回答してください。対象となる組織型は、各質問の括弧内をご確認ください。

140. 白血球（マントル細胞リンパ腫およびすべてのホジキン組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 141. _____ ・ _____ ☐ × 10⁹/L (× 10³/mm³) ☐ × 10⁶/L
 (小数第 1 位まで)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

142. ヘモグロビン（濾胞性およびすべてのホジキン組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 143. _____ ・ _____ ☐ g/dL ☐ g/L ☐ mmol/L
(小数第 2 位まで)

144. リンパ球絶対数（すべてのホジキン組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 145. _____ ☐ $\times 10^9/L$ ($\times 10^3/mm^3$) ☐ $\times 10^6/L$

146. リンパ球（割合）（すべてのホジキン組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 147. _____ %

148. 血清アルブミン（すべてのホジキン組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 149. _____ ・ _____ ☐ g/dL ☐ g/L
(小数第 1 位まで)

150. LDH（すべての組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 151. _____ ・ _____ ☐ U/L ☐ $\mu\text{kat/L}$
(小数第 2 位まで)

152. LDH 正常値上限 : _____ ・ _____ ☐ U/L ☐ $\mu\text{kat/L}$
(小数第 2 位まで)

形質転換時の節制病変および臓器病変の評価

質問 : 153-165

153. PET（または PET/CT）スキャンを実施しましたか？

- ☐ はい/有 → 質問 154 へ
☐ いいえ/無 → 質問 155 へ

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

154. PET（または PET/CT）スキャンにおいて、いずれかの疾患部位でリンパ腫病変が陽性として検出されましたか？

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

155. 患者には、節性病変が認められていましたか？

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

質問 84 で濾胞性リンパ腫以外を選択した場合にのみ質問 156 へ回答してください。

156. 節性病変の部位の総数を選択してください：（濾胞性リンパ腫の場合を除く）

- ☐ 1 か所の節性病変
☐ 2 か所以上の節性病変
☐ 不明

質問 84 で濾胞性リンパ腫を選択した場合にのみ質問 157 へ回答してください。

157. 節性病変の部位の総数を選択してください：（濾胞性リンパ腫のみ）

- ☐ ≥5
☐ <5
☐ 不明

158. 最大の節性腫瘍のサイズを記載してください： _____ ・ _____ cm x _____ ・ _____ cm

159. 節外性病変または脾病変が認められましたか？（形質転換時）

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無
☐ 不明

節外性病変の部位を記載してください：

160. 病変の部位を選択してください（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ 副腎
☐ 骨
☐ 骨髄
☐ 脳
☐ 脳脊髄液（CSF）
☐ 硬膜外腔
☐ 消化（GI）管
☐ 心臓
☐ 腎臓
☐ 軟膜病変
☐ 肝臓

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ 肺
- ☐ 心膜
- ☐ 胸膜
- ☐ 皮膚
- ☐ 脾臓
- ☐ その他の部位

→ 161. その他の部位を記載してください : _____

162. 臓器病変のステージ (形質転換時)

- ☐ I - 一つのリンパ節領域またはリンパ系組織の侵襲、または一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性侵襲
- ☐ II - 横隔膜の片側にとどまる 2 か所以上のリンパ節領域の侵襲、または一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性病変と横隔膜の同側の一つ以上のリンパ節領域の病変
- ☐ III - 横隔膜の上下にわたる複数のリンパ節領域の侵襲。これに一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性侵襲、または脾臓への侵襲、あるいはこの両方が伴う場合あり。
- ☐ IV - リンパ節病変の有無にかかわらず、一つあるいは複数のリンパ節外臓器または部位のびまん性の侵襲
- ☐ 不明

163. 全身症状 (B 症状) は認められましたか? (> 38°の原因不明の発熱、盗汗、または説明できない体重減少 [形質転換する 6 か月前の体重から>10%の減少])

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 不明

164. ECOG スコア (形質転換時)

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 165. ECOG スコア (形質転換時)

- ☐ 0 - 全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
- ☐ 1 - 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。例：軽い家事、事務作業
- ☐ 2 - 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
- ☐ 3 - 限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
- ☐ 4 - 全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

輸注前に実施された治療

質問 : 166-223

166. 治療を実施しましたか？

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無 → 質問 224 へ

治療ライン

質問 : 167-223

167. 全身治療

- ☐ はい/有 → 質問 168 へ
☐ いいえ/無 → 質問 180 へ

168. 治療開始日

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 169. 開始日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

170. 治療中止日

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 171. 中止日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

172. サイクル数 :

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 173. サイクル数 : _____

174. 標準治療を実施しましたか？（この治療ライン（レジメン）の一環として）（追加治療の有無にかかわらず）

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

→ 175. 治療レジメンを選択してください（この治療ライン（レジメン）の一環として実施した治療）

- ☐ ABVD（ドキシソルビン、プレオマイシン、ビンブラスチン、ダカルバジン）
☐ ACVBP（ドキシソルビン、シクロホスファミド、ビンデシン、プレオマイシン、プレドニゾン）
☐ R-ACVBP（リツキシマブ、ドキシソルビン、シクロホスファミド、ビンデシン、プレオマイシン、プレドニゾン）

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)**輸注前情報**

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ AspaMetDex (アスパラギナーゼ、メトトレキサート、デキサメタゾン)
- ☐ AVD (ドキシソルビン、ビンブラスチン、ダカルバジン)
- ☐ AVD (ドキシソルビン、ビンブラスチン、ダカルバジン) + プレンツキシマブ ベドチン
- ☐ BAC (ベンダムスチン、シタラビン)
- ☐ R-BAC (リツキシマブ、ベンダムスチン、シタラビン)
- ☐ BEACOPP、標準容量 (ブレオマイシン、エトポシド、ドキシソルビン、シクロホスファミド、ビンクリスチン、プロカルバジン、プレドニゾン)
- ☐ BEACOPP、用量漸増 (ブレオマイシン、エトポシド、ドキシソルビン、シクロホスファミド、ビンクリスチン、プロカルバジン、プレドニゾン)
- ☐ BR (ベンダムスチン、リタキサン)
- ☐ CHOP (シクロホスファミド、ドキシソルビン、ビンクリスチン、プレドニゾン)
- ☐ R-CHOP (リタキサン、シクロホスファミド、ドキシソルビン、ビンクリスチン、プレドニゾン)
- ☐ R-DHAPとR-CHOPの交互投与
- ☐ CHOEP (シクロホスファミド、ドキシソルビン、ビンクリスチン、エトポシド、プレドニゾン)
- ☐ R-CHOEP (リツキシマブ、シクロホスファミド、ドキシソルビン、ビンクリスチン、エトポシド、プレドニゾン)
- ☐ CODOX-M (シクロホスファミド、ビンクリスチン、ドキシソルビン、高用量メトトレキサート)
- ☐ IVACと交互のCODOX-M (イホスファミド、エトポシド、高用量シタラビン)
- ☐ CVP (シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾン)
- ☐ R-CVP (リツキシマブ、シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾン)
- ☐ DA-EPOCH (エトポシド、プレドニゾン、ビンクリスチン、シクロホスファミド、塩酸ドキシソルビン)
- ☐ R-DA-EPOCH (リツキシマブ、エトポシド、プレドニゾン、ビンクリスチン、シクロホスファミド、塩酸ドキシソルビン)
- ☐ DHAP (デキサメタゾン、シタラビン、シスプラチン)
- ☐ R-DHAP (リツキシマブ、デキサメタゾン、シタラビン、シスプラチン)
- ☐ DeVIC (デキサメタゾン、エトポシド、イホスファミド、カルボプラチン)
- ☐ ESHAP (エトポシド、メチルプレドニゾン、シタラビン、シスプラチン)
- ☐ R-ESHAP (リツキシマブ、エトポシド、シタラビン、シスプラチン)
- ☐ FCM (フルダラビン、シクロホスファミド、ミトキサントロン)
- ☐ R-FCM (リツキシマブ、フルダラビン、シクロホスファミド、ミトキサントロン)
- ☐ GDP (ゲムシタビン、デキサメタゾン、シスプラチン)
- ☐ R-GDP (リツキシマブ、ゲムシタビン、デキサメタゾン、シスプラチン)
- ☐ GemOx (ゲムシタビン、オキサリプラチン)
- ☐ R-GemOx (リツキシマブ、ゲムシタビン、オキサリプラチン)
- ☐ GVD (ゲムシタビン、ビノレルビン、ペグ化リポソーム型ドキシソルビン)
- ☐ R-GVD (リツキシマブ、ゲムシタビン、ビノレルビン、ペグ化リポソーム型ドキシソルビン)
- ☐ HD-MTX・ARA-C (高用量メトトレキサートおよび高用量シタラビン)
- ☐ R-HD-MTX・ARA-C (リツキシマブ、高用量メトトレキサート、高用量シタラビン)
- ☐ Hyper-CVAD (シクロホスファミド、ビンクリスチン、ドキシソルビン、デキサメタゾン)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)**輸注前情報** ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ R-Hyper-CVAD (リツキシマブ、シクロホスファミド、ビンクリスチン、ドキソルビシン、デキサメタゾン)
- ☐ シタラビン、メトトレキサートと交互のハイパーCVAD
- ☐ R-Hyper-CVAD と R-シタラビン+メトトレキサートの交互投与
- ☐ ICE (イホスファミド、カルボプラチン、エトポシド)
- ☐ R-ICE (リツキシマブ、イホスファミド、カルボプラチン、エトポシド)
- ☐ IVE (イホスファミド、エピルビシン、エトポシド)
- ☐ MOPP (メクロルエタミン、ビンクリスチン、プロカルバジン、プレドニゾン)
- ☐ スタンフォード V (ドキソルビシン、ビンブラスチン、メクロルエタミン、ビンクリスチン、ブレオマイシン、エトポシド、プレドニゾン)
- ☐ MATRix (高用量メトトレキサート、シタラビン、チオテパ、リツキシマブ)
- ☐ MRT (高用量メトトレキサート、リツキシマブ、テモゾロミド)
- ☐ MPV (高用量メトトレキサート、プロカルバジン、ビンクリスチン)
- ☐ R-MPV (リツキシマブ、高用量メトトレキサート、プロカルバジン、ビンクリスチン)
- ☐ ノルディックレジメン (R-maxCHOP 療法と高用量シタラビンの交互投与)
- ☐ R スクエア (リツキシマブおよびレナリドマイド)
- ☐ SMILE (ステロイド、メトトレキサート、イホスファミド、L-アスパラギナーゼ、エトポシド)
- ☐ VIPD (エトポシド、イホスファミド、シスプラチン、デキサメタゾン)

176. 薬剤を全身投与しましたか？（この治療ラインの一環として）（標準治療の 1 つとしてまだ報告されていなかった投与済み薬剤、または治療の同じラインの一環として上記で報告された標準治療の 1 つに追加して投与された薬剤を報告してください）

- ☐ はい/有 → 質問 177 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 179 へ

177. 全身投与された薬剤（この治療ラインの一環として投与された全薬剤を選択してください。以下はアルファベット順です。）

- ☐ Acalabrutinib : アカラブルチニブ (カルクエンズ)
- ☐ Alemtuzumab : アレムツズマブ (キャンパス)
- ☐ Bendamustine : ベンダムスチン (トレアキシン)
- ☐ Bexarotene : ベキサロテン (タルグレチン)
- ☐ Bleomycin : ブレオマイシン (BLM、ブレオ)
- ☐ Bortezomib : ボルテゾミブ (ベルケイド)
- ☐ Brentuximab vedotin : プレンツキシマブ ベドチン
- ☐ Carboplatin : カルボプラチン
- ☐ Carmustine : カルムスチン (BCNU、ギリアデル)
- ☐ Cisplatin : シスプラチン (シスプラチン、プリプラチン、CDDP)
- ☐ Cladribine : クラドリビン (2-CdA、ロイスタチン)
- ☐ Copanlisib : コパンリシブ

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ Corticosteroids : コルチコステロイド
- ☐ Cyclophosphamide : シクロホスファミド (エンドキサン)
- ☐ Cytarabine : シタラビン (Ara-C)
- ☐ High-dose Cytarabine : 高用量シタラビン (Ara-C)
- ☐ Dacarbazine : ダカルバジン (DTIC)
- ☐ Doxorubicin : ドキソルビシン (アドリアマイシン)
- ☐ Doxorubicin liposomal : ドキソルビシンリポソーム (ドキシル)
- ☐ Etoposide : エトポシド (VP-16、ベプシド)
- ☐ Everolimus : エベロリムス (RAD-001)
- ☐ Fludarabine : フルダラビン (フルダラ)
- ☐ Gemcitabine : ゲムシタビン (ジェムザール)
- ☐ Ibritumomab tiuxetan : イブリツモマブ チウキセタン (ゼヴァリン)
- ☐ Ibrutinib : イブルチニブ (イムブルビカ)
- ☐ Idelalisib : イデラリスブ (ザイデリグ)
- ☐ Ifosfamide : イホスファミド (イホマイド)
- ☐ Ipilimumab : イピリムマブ (ヤーボイ)
- ☐ Ixazomib : イキサゾミブ (ニンラーロ)
- ☐ L-asparaginase : L-アスパラギナーゼ (ロイナーゼ)
- ☐ PEG-asparaginase : PEG-アスパラギナーゼ
- ☐ Lenalidomide : レナリドミド (レブラミド)
- ☐ Methotrexate : メトトレキサート (MTX)
- ☐ High-dose Methotrexate : 高用量メトトレキサート (静脈内投与> 2.5 gm/m²と定義)
- ☐ Mitoxantrone : ミトキサントロン (ノバントロン)
- ☐ Mogamulizumab : モガムリズマブ (ポテリジオ)
- ☐ Nivolumab : ニボルマブ (オプジーボ)
- ☐ Obinutuzumab : オビヌツズマブ (ガザイバ)
- ☐ Ofatumumab : オファツムマブ (アーゼラ、HuMAX-CD20)
- ☐ Pembrolizumab : ペムブロリズマブ (キイトルーダ)
- ☐ Pentostatin : ペントスタチン (コホリン)
- ☐ Pralatrexate : プラトトレキサート (ジフォルタ)
- ☐ Procarbazine : プロカルバジン
- ☐ Rituximab : リツキシマブ (リツキサン)
- ☐ Romidepsin : ロミデプシン (イストダックス)
- ☐ Temozolomide : テモゾロミド (テモダール)
- ☐ Temsirolimus : テムシロリムス (トリーセル)
- ☐ Tositumomab : トシツモマブ (ベキサール)
- ☐ Venetoclax : ベネトクラクス
- ☐ Vinblastine : ビンブラスチン (エクザール, VLB)
- ☐ Vincristine : ビンクリスチン (VCR、オンコビン)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

☐ Vinorelbine : ビノレルビン (ナベルビン)

☐ Vorinostat : ボリノスタット (ゾリンザ)

☐ その他の全身投与された薬剤

→ 178. その他の全身投与された薬剤を記載してください : _____

179. この治療ラインは、モビライゼーションのために実施しましたか？

☐ はい/有

☐ いいえ/無

180. 脊髄腔内治療 (IT)

☐ はい/有

☐ いいえ/無

181. 脊髄腔内治療の理由

☐ 予防処置

☐ 中枢神経系疾患の治療

☐ 不明

182. 治療開始日

☐ 該当データ有り

☐ 不明

→ 183. 開始日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

184. 治療中止日

☐ 該当データ有り

☐ 不明

→ 185. 中止日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

186. 脊髄腔内治療を選択してください

☐ メトトレキサート髄腔内投与

☐ シタラビン髄腔内投与

☐ デポーシタラビン髄腔内投与

☐ メチルプレドニゾン髄腔内投与

☐ リツキシマブ髄腔内投与

☐ その他の脊髄腔内治療 → 質問 187 へ

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

187. その他の脊髄腔内治療を記載してください : _____

188. 眼内治療

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

189. 眼内治療の理由

- ☐ 予防処置
☐ 眼疾患の治療
☐ 不明

190. 治療開始日

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 191. 開始日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

192. 治療中止日

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 193. 中止日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

194. 眼内治療を選択してください

- ☐ メトトレキサート眼内投与
☐ リツキシマブ眼内投与
☐ その他の眼内治療

→ 195. その他の眼内治療を記載してください : _____

196. 放射線治療

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

197. 治療開始日

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 198. 開始日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

199. 治療中止日

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 200. 中止日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

201. 照射範囲はどの程度でしたか？

- ☐ 頭蓋脊髄
☐ 広範
☐ 治療開始前に病変が存在した領域への放射線治療 (IFRT)
☐ 罹患リンパ節
☐ マントル照射野
☐ 全脳照射
☐ 不明

放射線治療の部位を記載してください：

202. 放射線治療の部位を選択してください（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ 腹骨盤腔
☐ 頸椎
☐ 鼠径部
☐ 縦隔・胸部
☐ その他の部位

→ 203. その他の部位を記載してください： _____

204. 分割当たりの線量： _____ ☐ Gy ☐ cGy

205. 分割の総数： _____

206. 総線量： _____ ☐ Gy ☐ cGy

207. 方法を選択してください：

- ☐ 電子線
☐ 陽子
☐ その他
☐ 不明

→ 208. その他の方法を記載してください： _____

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

209. 手術：

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

210. 手術日

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 211. 手術日：_____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

212. 脾臓摘出術

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

213. その他の部位

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

→ 214. その他の部位を記載してください：_____

215. フォトフェレーシス

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

216. 細胞治療 (CAR-T細胞など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

217. CT (放射線画像) 評価による、治療に対する最良効果

- ☐ 完全寛解 (CR)
- ☐ 部分寛解 (PR)
- ☐ 不奏効 (NR)・疾患不変 (SD)
- ☐ 疾患の進行/増悪 (PD)
- ☐ 未評価

→ 218. 評価日：_____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

219. PET (代謝) 評価による、治療に対する最良効果 :

- ☐ 完全寛解 (CR)
- ☐ 部分寛解 (PR)
- ☐ 不奏効 (NR)・疾患不変 (SD)
- ☐ 疾患の進行/増悪 (PD)
- ☐ 未評価

→ 220. 評価日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

221. この治療ラインは、維持・地固めでしたか？

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

222. この治療ライン実施後に、疾患は再発・進行/増悪しましたか？

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

→ 223. 再発日・進行/増悪日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

複数の治療ラインを実施された場合、質問 167～223 を追加 (コピー) してください。

一次治療の不奏効 (failure) 時点における疾患評価 (DLBCL のみ)

質問 : 224-233

質問 224～233 は、形質転換しなかった場合は質問 1、形質転換した場合は質問 84 で、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫およびその亜型、類縁の病型を選択した場合にのみ回答してください。

224. 患者は、一次治療後に CR に達しましたか？

- ☐ はい/有 → 質問 234 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 225 へ

225. LDH

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

→ 226. _____ ・ _____ ☐ U/L ☐ μkat/L
(小数第 2 位まで)227. LDH 正常値上限 : _____ ・ _____ ☐ U/L ☐ μkat/L
(小数第 2 位まで)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

228. 臓器病変のステージ

- ☐ I - 一つのリンパ節領域またはリンパ系組織の侵襲、または一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性侵襲
- ☐ II - 横隔膜の片側にとどまる 2 か所以上のリンパ節領域の侵襲、または一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性病変と横隔膜の同側の一つ以上のリンパ節領域の病変
- ☐ III - 横隔膜の上下にわたる複数のリンパ節領域の侵襲。これに一つのリンパ節外臓器あるいは部位の限局性侵襲、または脾臓への侵襲、あるいはこの両方が伴う場合あり。
- ☐ IV - リンパ節病変の有無にかかわらず、一つあるいは複数のリンパ節外臓器または部位のびまん性の侵襲
- ☐ 不明

229. ECOG スコア

- ☐ 該当データ有り
- ☐ 不明

230. ECOG スコア

- ☐ 0 - 全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
- ☐ 1 - 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。
例：軽い家事、事務作業
- ☐ 2 - 歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の 50% 以上はベッド外で過ごす。
- ☐ 3 - 限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の 50% 以上をベッドか椅子で過ごす。
- ☐ 4 - 全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

231. 患者に節外性病変は認められましたか？

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 不明

232. 病変の部位を選択してください（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ 副腎
- ☐ 骨
- ☐ 骨髄
- ☐ 脳
- ☐ 脳脊髄液 (CSF)
- ☐ 硬膜外腔
- ☐ 消化 (GI) 管
- ☐ 心臓
- ☐ 腎臓
- ☐ 軟膜病変
- ☐ 肝臓
- ☐ 肺

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

- ☐ 心膜
- ☐ 胸膜
- ☐ 皮膚
- ☐ 脾臓
- ☐ その他の部位

→ 233. その他の部位を記載してください : _____

前治療（前処置）または細胞治療製品輸注開始前の最終評価時点における疾患評価

質問 : 234-288

234. Cytogenetics 検査を実施しましたか（核型分析や FISH）？

- ☐ はい/有 → 質問 235 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 269 へ
- ☐ 不明 → 質問 269 へ

235. FISH により cytogenetics 検査を実施しましたか？

- ☐ はい/有 → 質問 236 へ
- ☐ いいえ/無 → 質問 260 へ

236. 検査結果

- ☐ 異常あり → 質問 237~258 へ
- ☐ 異常なし → 質問 259 へ

前治療（前処置）開始前の最終評価時に、以下のいずれかの細胞遺伝学的異常または遺伝子再構成が確認された場合、記載してください：

237. t(1;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

238. t(2;5)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

239. t(2;8)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

240. t(8;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

241. t(8;22)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

242. t(11;14)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

243. t(11;18)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

244. t(14;18)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

245. i(7q)(q10)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

246. del(17p) / 17p-

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

247. P53 欠損

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

248. BCL-2 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

249. BCL-2 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

250. BCL-6 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

251. BCL-6 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

252. C-MYC 再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

253. C-MYC 増幅 (余剰コピー・シグナル)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

254. DUSP22-再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

255. 免疫グロブリン重 (IgH) 鎖再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

256. TP63-再構成

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

257. その他の異常

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無
- ☐ 未検査

→ 258. その他の異常を記載してください : _____

259. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (FISH 報告書など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

260. 核型分析により cytogenetics 検査を実施しましたか？

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

261. 検査結果

- ☐ 異常あり
- ☐ Metaphase (中期) を認めず評価不能
- ☐ 異常なし

前治療 (前処置) 開始前の最終評価時に、以下のいずれかの細胞遺伝学的異常が確認された場合、記載してください :

262. 異常を選択してください (当てはまるものをすべて選択してください)

- ☐ t(2;5)
- ☐ t(2;8)
- ☐ t(8;14)
- ☐ t(8;22)
- ☐ t(11;14)
- ☐ t(11;18)
- ☐ t(14;18)
- ☐ i(7q)(q10)
- ☐ del(17p) / 17p-
- ☐ P53 欠損
- ☐ その他の異常 → 質問 263 へ

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報 ※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

263. その他の異常を記載してください : _____

264. 文書を JDCHCT に提出しましたか？（核型分析報告書など）

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無

前治療（前処置）開始前の最終評価時点における臨床検査：

質問 265～268 は、形質転換しなかった場合は質問 1、形質転換した場合は質問 84 で選択した組織型に該当する質問へ回答してください。対象となる組織型は、各質問の括弧内をご確認ください。

265. ヘモグロビン（濾胞性およびすべてのホジキン組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 266. _____ ☐ g/dL ☐ g/L ☐ mmol/L
（小数第 2 位まで）

267. リンパ球絶対数（すべてのホジキン組織型）

- ☐ 該当データ有り
☐ 不明

→ 268. _____ ☐ $\times 10^9/L$ ($\times 10^3/mm^3$) ☐ $\times 10^6/L$

269. 微小残存病変（MRD）は、輸注前評価中に評価されましたか？

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無
☐ 不明

評価の方法と結果を記載してください：

270. フローサイトメトリー

- ☐ 陽性
☐ 陰性
☐ 未実施

271. 検体採取部位

- ☐ 血液
☐ 骨髄
☐ その他

→ 272. その他の検体採取部位を記載してください : _____

273. 検体採取日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

274. PCR

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 未実施

275. 検体採取部位

- ☐ 血液
- ☐ 骨髄
- ☐ その他

➤ 276. その他の検体採取部位を記載してください: _____

277. 検体採取日: _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

278. 次世代シーケンシング (NGS、第3世代)

- ☐ 陽性
- ☐ 陰性
- ☐ 未実施

279. 検体採取部位

- ☐ 血液
- ☐ 骨髄
- ☐ その他

➤ 280. その他の検体採取部位を記載してください: _____

281. 検体採取日: _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

282. 文書を JDCHCT に提出しましたか? (病理報告書など)

- ☐ はい/有
- ☐ いいえ/無

283. 患者には、節性病変が認められていましたか? (細胞治療前最終評価時)

- ☐ はい/有 → 質問 284 へ
- ☐ いいえ/無

細胞治療 F2018 R6.0: ホジキンおよび非ホジキンリンパ腫 (LYM)

輸注前情報

※文字色がグレーの質問選択肢については、回答不要選択不可です。

2023/1/26

284. 節性病変の部位の総数を選択してください：（濾胞性リンパ腫のみ）

- ☐ ≥5
☐ <5
☐ 不明

285. 最大の節性腫瘍のサイズを記載してください： _____ ・ _____ cm x _____ ・ _____ cm

286. 節外性病変または脾病変が認められましたか？（細胞治療前最終評価時）

- ☐ はい/有
☐ いいえ/無
☐ 不明

節外性病変の部位を記載してください：

287. 病変の部位を選択してください（当てはまるものをすべて選択してください）

- ☐ 副腎
☐ 骨
☐ 骨髄
☐ 脳
☐ 脳脊髄液（CSF）
☐ 硬膜外腔
☐ 消化（GI）管
☐ 心臓
☐ 腎臓
☐ 軟膜病変
☐ 肝臓
☐ 肺
☐ 心膜
☐ 胸膜
☐ 皮膚
☐ 脾臓
☐ その他の部位

→ 288. その他の部位を記載してください： _____

記入者氏名： _____

記入日： _____ / _____ / _____