※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。

キーフィールド	
CIBMTR センター番号:	
細胞治療登録-元管理番号(CRID):	
イベント日(輸注予定日): / / (YYYY/MM/DD)	
Visit(フォーム名): □ 100日 □ 6か月 □ 1年 □ 2年 □ 2年以上(詳細	年)
疾患分類	質問: 1 - 2
1. 多発性骨髄腫/形質細胞性腫瘍(PCD)の分類を選択してください	
□ 多発性骨髄腫(178)	
□ 多発性骨髄腫 – 軽鎖型 (186)	
□ 多発性骨髄腫 – 非分泌型 (187)	
□ 形質細胞性白血病 (172)	
□ 孤立性形質細胞腫 (骨髄腫の証拠なし) (175)	
□ くすぶり型骨髄腫 (180)	
□ アミロイドーシス (174)	
□ 骨硬化性骨髄腫/POEMS 症候群 (176)	
□ 腎障害を伴う単クロ−ン性免疫グロブリン血症 (MGRS) (1611)	
□ その他の形質細胞性腫瘍 (179)	
2. 既往症/併発症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)	
□ 多発性骨髄腫	
□ 多発性骨髄腫 – 軽鎖型	
□ 多発性骨髄腫 – 非分泌型	
□ 形質細胞性白血病	
□ 孤立性形質細胞腫 (骨髄腫の証拠なし)	
□ くすぶり型骨髄腫	
□ アミロイドーシス	
□ 骨硬化性骨髄腫/POEMS 症候群	
□ 意義不明の単クローン性免疫グロブリン血症 (MGUS)	
□ 腎障害を伴う単クローン性免疫グロブリン血症 (MGRS)	
□ その他の形質細胞性腫瘍(PCD)	

※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。

2022/6/10

細胞治療で最良効果が得られた時点の疾患評価

質問: 3 - 53

最良効果の判定は、細胞治療に対する反応に基づくものであり、細胞治療後の疾患の再発や進行/増悪のために実施した治 療に対する反応は含まれません。

- 細胞治療前に疾患の進行/増悪や再発が認められない患者で、疾病に対する初回治療の一部として細胞治療が計画され ていた場合には、最初の診断時における疾患評価と比較することにより、最良効果を判定してください。
- 細胞治療前の6ヶ月間にいかなる化学療法も受けていない患者、または、疾患の再発や進行/増悪に対して未治療で細胞 治療を実施した患者の場合においては、前治療(前処置)開始前の疾患の状態と比較することにより、細胞治療による最 良効果を判定してください。
- 細胞治療前に疾患の進行/増悪や再発が認められた患者に対して、前治療(前処置)開始前に骨髄腫に対する治療が行 われた場合には、疾患の再発や進行/増悪時の疾患評価と比較することにより、細胞治療による最良効果を判定してくださ い。つまり、比較するベースラインは、再発または疾患の進行/増悪の時点としてください。
- この比較は、報告期間に認められた細胞治療に対する反応としての最良効果を確認するために行いますので、同じ報告期間 中にその後の疾患の再発または進行/増悪が認められたとしても、最良効果時点の情報を確認し、記載してください。これ までの報告期間中に、既に患者が最良効果を得ていて、その内容と最良効果日が既に報告されている場合には、既に報告 済であることを記載してください(質問 4)。

※質問 1 で「アミロイドーシス (174)」、「腎障害を伴う単クローン性免疫グロブリン血症 (MGRS) (1611)」以外が選択され ている場合は、質問 3~5 を回答してください。 質問 1で「腎障害を伴う単クローン性免疫グロブリン血症 (MGRS) (1611)」 を選択し、アミロイドーシスの既往がない場合は質問 110 へ

3. 原疾患として多発性骨髄腫/形質細胞障害(PCD)に区分された全患者に関し(アミロイドーシスを除く)、前治療(前

······································
処置)前の疾患の状態と比較して、最終報告日以降の、細胞治療による最良の血液学的効果を選択してください。 (糸
胞治療後の維持療法や地固め療法のために実施されたすべての治療に対する反応を含みますが、疾患の再発、持続性疾
患、または進行/増悪に対して実施された治療に関する反応は除外します。)
□ 完全奏効継続(CCR) → 質問 6 へ、アミロイドーシスの既往がない場合は質問 110 へ
□ 厳格な完全奏効(sCR)
□ 完全奏効(CR)
□ 最良部分奏効(VGPR)
□ 部分奏効(PR)
□ 不奏効(NR)·安定(SD)
□ 病勢進行(PD)

(細

※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。

4. 最良効果日はこれまでに報告されていましたか?
□ はい/有
- アミロイドーシスの併発又は既往の診断がある場合には、質問 6 に進んでください。それ以外の場合は質問 110 へ
_ □ いいえ/無
→ 5. 最良効果の評価日 / / (YYYY/MM/DD)
- アミロイドーシスの併発又は既往の診断がある場合には、質問 6 に進んでください。それ以外の場合は質問 9 へ
※質問 1 で「アミロイドーシス (174)」もしくは質問 2 で「アミロイドーシス」が選択されている場合に、質問 6~8 を回答してくだ
さい
6. 原疾患、併発症、既往症としてアミロイドーシスがある患者に関し、前治療(前処置)前の疾患の状態と比較して、最終報
告日以降で、細胞治療による最良の血液学的効果を選択してください。(細胞治療後の維持療法や地固め療法のため
に実施されたすべての治療に対する反応を含みますが、疾患の再発、持続性疾患、または進行/増悪に対して実施された治
療に関する反応は除外します。)
□ 完全奏効継続(CCR) → 質問 54 へ
□ 完全奏効 (CR)
□ 最良部分奏効(VGPR)
□ 部分奏効(PR)
□ ホガ笑が(「N) □ 不奏効(NR)·安定(SD)
□ 病勢進行(PD)
7. 最良効果日はこれまでに報告されていましたか?
□ はい/有 → 質問 54 ヘ
 >8. 最良効果の評価日 / / (YYYY/MM/DD)
→ 6. 取及刈未の計画口 / (* * * * * * * * * * * * * * * *
最良効果が得られた時点の臨床検査
9. 血清クレアチニン
□ 10. 血清クレアチニン: □ mg/dL □ mmol/L □ μmol/L
11. 血清クレアチニンの正常値上限:

※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。

- □ 該当データ有り □ 不明		
□ 該当せず		
→ 13. 血清単クローン性蛋白(M スパイク):		mg/dL □ g/dL
血清免疫固定法		
□ 不明		
□ 該当せず		
存在するバンドを記載してください:		
15. 最初の(診断時に認めた)単クローン性バンド		
□ はい/有		
□ いいえ/無		
16. 新規の単クローン性(又はオリゴクローン性)バンド		
□ はい/有		
□ いいえ/無		
血清遊離軽鎖 - κ (kappa) - □ 該当データ有り □ 不明 □ 該当せず		
18. K (kappa) 遊離軽鎖 :		ma/l
(noppe) estatast i	9/ GL _	···ə/ -
19. K (kappa) 遊離軽鎖の正常値上限:		
血清遊離軽鎖 - λ (lambda)		:
-□ 該当データ有り		
□ 不明		
□ 該当せず		
□ 該当せず 21. λ (lambda) 遊離軽鎖:		mg/L
		mg/L

※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。

23. 尿中単クローン性蛋白(M スパイク)/ 24 時間	
┌── □ 該当データ有り	
□ 不明	
□ 該当せず	
→24. 尿中単クローン性蛋白 (M スパイク) / 24 時間 :	
□ mg/24 時	間 🗆 g/24 時間
25. 尿免疫固定法	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
 │ □ 該当せず	
存在するバンドを記載してください:	
→ 26. 最初の(診断時に認めた)単クローン性バンド	
□ はい/有	
□ いいえ/無	
27. 新規の単クローン性(又はオリゴクローン性)バンド	
□ はい/有	
□ いいえ/無	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	.
28. 24 時間尿中総蛋白	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
K3C9	
	□ mg/24 時間 □ g/24 時間
→ 23. 24 時间冰中秘虽口	111g/24 時間 _ g/24 時間
※質問 1 で「アミロイドーシス (174)」もしくは質問 2 で「腎障害	
は「アミロイドーシス」が選択されている場合にのみ、質問 30~33	3 を回答してください。
30. 尿中アルブミン/クレアチニン比	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
→ 31. 尿中アルブミン/クレアチニン比:	□ ma/a □ ma/mmol
/ J±. Iがエンルン 、 フ/ フレノノ .	□ 1119/9 □ 1119/11111101

※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。

>33.	尿中蛋白/クレアチニン比: □ mg/g □ mg/mmol
. 微小	残存病変 (MRD) は、細胞治療後に評価されましたか? (骨髄または血液の結果のみを報告してくださ
	はい /有
	いいえ/無
	משר
35.	次世代シーケンシング (NGS)
	□ 陽性 → 質問 36 へ
	□ 陰性 → 質問 39 ヘ
	□ 未実施 → 質問 39 ヘ
	37. NGS 検査法の感度を選択してください
	□ 10 ⁻⁴
	\Box 10 ⁻⁵
	\Box 10 ⁻⁶
	□ 不明
	├─ □ その他
	→ 38. その他の感度を記載してください:
39.	次世代フロー(NGF)
	□ 未実施 → 質問 43 へ
	40. NCC 快快饭用油供
\vdash	40. NGF 検体採取部位
	□ 血液 → 質問 39 で「陰性」を選択時は質問 41、「陽性」を選択時は質問 43 へ

※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。

41. NGF 検査法の感度を選択してください	
│ □ 10 ⁻⁵ │ □ 10 ⁻⁶ │ □ 不明	
□ 10 ⁻⁶ □ 不明	
- □ 不明	
- □ 不明	
- 1、42.7の供の世中もコポリアノギート。	
. │	
43. 骨髄穿刺液中の形質細胞に関するフローサイトメトリー	
□ 該当データ有り	
\longrightarrow 44. 骨髄穿刺液中の形質細胞に関するフローサイトメトリー: $___$ $\%$	
45. 骨髄穿刺液形態学的検査で確認された形質細胞	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
────────────────────────────────────	
一)40. 有脚牙料水が慰子的快直(唯祕C11/Cが負袖心:	
47. 骨髄生検組織中の形質細胞	
□ 該当データ有り 	
→ 48. 骨髄生検組織中の形質細胞: %	
49. PET/CT スキャンを実施しましたか?	
┌─ □ はい/有	
□ いいえ/無	
→ 50. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか?	
→ 50. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか? □ はい/有 → 質問 51 へ	
→ 50. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか?	
→ 50. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか? □ はい/有 → 質問 51 へ	
→ 50. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか? □ はい/有 → 質問 51 へ	
→ 50. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか? □ はい/有 → 質問 51 へ	
→ 50. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか? □ はい/有 → 質問 51 へ	

※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。

51. 病変部位 (当てはまるものをすべて選択してください)	
□ 骨髄	
□ 髄外性形質細胞腫	
□ 溶解性骨病変	
□ 骨硬化性病変	
52. PET/CT スキャン実施日:	
□ 万一 □ 該当データ有り □ 不明	
→ 53. PET/CT スキャン実施日: // (YYYY	//MM/DD)
	, , ,
日点が田叶のフラックル・トフには田ピーノーク	5588 F4 400
最良効果時のアミロイドーシスによる臓器パラメータ	質問: 54 - 109
質問 54~109 は、アミロイドーシスの患者についてのみ記載してください。 診断がアミロイ	ドーシス以外の場合、または、その
既往がない場合には、質問 110 に進んでください。	
心臓への影響	
54. 患者の心臓に関する最良効果を選択してください	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
□ 心臓に効果あり - NT-proBNP に基づく効果(ベースライン NT-proBNP 値が≥650	•
>30%かつ>300 ng/l の減少) またはニューヨーク心臓協会(N 効果(ベースラインが III 度又は IV 度である患者に II 度以上の(
が未(ハーヘノインが・III 反文は IV 反じのる志有に II 反以上のに □ 不奏効・安定 - 心臓に効果ありまたは心臓の病勢進行の基準に該当しない	EU 1 /
□ 心臓の病勢進行 - NT-proBNP に基づく病勢進行 (>30%かつ>300 ng/l の増	 初の) . または cTn
(心筋トロポニン)に基づく病勢進行(≥33%の増加)、または	
(≥10%の低下)	
□ 未評価 → 質問 88 へ	
□ 該当せず → 質問 88 へ	
55. 心臓に関する最良効果の評価日	
┌──□ 該当データ有り	
□ 不明	
□ これまでに報告されている → 質問 88 へ	
	VV/MM/DD)
└→56. 心臓に関する最良効果の評価日://// (YY	טט/ויוויו/ז ז)

※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。

57. 左室駆出率を測定しましたか?	
┌─ □ はい/有	
□ いいえ/無	
→ 58. 左室駆出率: %	
59. 左室駆出率を測定した方法を選択してください	
□ マルチゲートスキャン	
□ 心臓 MRI	
□ 不明	
60. 拡張機能障害がありましたか?	
□ はい/有	
□ いいえ/無	
61. 心エコーで測定した心室中隔壁厚を記載してください	
┌─ □ 該当データ有り	
└ > 62. 心室中隔壁厚: mm	
63. 左室ストレイン率を記載してください	
□ 該当データ有り	
→ 64. 左室ストレイン率: %	
65. 血清心臓バイオマーカーの評価を行いましたか?	
□ いいえ/無 → 質問 82 ヘ	
□ 不明 → 質問 82 へ	
、CC 2.時 II / 1 / () () () () () () () () () (
└ ⇒66. 心臓バイオマーカーの評価日: / / (YYYY/MM/DD)	

※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。

	脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP) □ ハナハナ		
	□ はい/有 □ ハハミ/無		
	□ いいえ/無		
	68. BNP : pg,	//mL	!
į			
-	69. BNP の正常値上限:		i !
- ۱ -	·····································		'
	凶性ナトリウム利尿ペプチド前駆体∧ □ はい∕有	I 姉ノフクメント(NI-	proBNP)
	」 いいえ/無		
L;	71. NT-proBNP :	pg/mL	į
į			
	72. NT-proBNP の正常値上限:	!	
- ו כד	 トロポニン I		
	`山ハーノ I □ (はい/有		
	□ いいえ/無		
_			,
	74. トロポニンI:	_ μg/L	
į.	75. トロポニン I の正常値上限:_ 		
76 l	トロポニン T		
	□ はい/有		
	□ いいえ/無		
-			
5	77. トロポニン T:	_ μg/L	
 			! !
; ; ; ; _	78. トロポニンTの正常値上限:_ 		<u>;</u>
79. F	高感度トロポニン T		
_	□ はい/有		
	□ いいえ/無		
-			;
└ }!	80. 高感度トロポニンT:	ng/L	
i		no.	
. ! 8	81. 高感度トロポニンTの正常値」		_ i

※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。

82.	6 分間歩行試験を実施しましたか?
	□ はい/有
	いいえ/無
L	83. 歩行距離: □ メートル □ feet
84.	患者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください(症状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を
	含むことがある;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して評価すること)
	□ I 度 - 症状が出ずに通常の活動を行うことができる;身体活動に制限なし
	□ II 度 - 通常の身体活動により症状が生じる;身体活動に軽度の制限あり
	□ III 度 - 通常以下の身体活動により症状が生じる;身体活動に中等度の制限あり
	□ IV 度 - 安静時にも症状あり;身体活動に高度の制限あり
0.5	患者の血圧 (最良効果時点)
85.	
	□ 該当データ有り □ スm
\hookrightarrow	86. 患者の血圧: / mm/Hg
	87. 血圧測定中の体位を選択してください:
•	······································
腎脯	<mark>なへの影響</mark>
88.	患者の腎臓に関する最良効果を選択してください
	□ 腎臓に効果あり - 24 時間尿蛋白量が 50%以上(最低 0.5g/日)低下(治療前の尿タンパク量は>0.5g/日
	でなければならない)。クレアチニン及びクレアチニンクリアランスは、ベースラインと比較して、25%
	以上悪化してはならない。
	□ 不奏効・安定 - 腎臓に効果ありまたは腎臓の病勢進行の基準に該当しない
	□ 腎臓の進行/増悪 - 24 時間尿蛋白量が 50%(最低 1g/日)以上増加して>1 g/日となる、又は、
	血清クレアチニン若しくはクレアチニンクリアランスが 25%悪化
	□ 未評価 → 質問 91 へ
	□ 該当せず → 質問 91 へ

※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。

□ 該当データ有り □ 不明 □ これまでに報告されている →90. 腎臓に関する最良効果の評価日:///	(YYYY/MM/DD)
□ これまでに報告されている →90. 腎臓に関する最良効果の評価日:///	(YYYY/MM/DD)
→90. 腎臓に関する最良効果の評価日:///	(YYYY/MM/DD)
	(YYYY/MM/DD)
	(YYYY/MM/DD)
F臓への影響	
1. 患者の肝臓に関する最良効果を選択してください	
□ 肝臓に効果あり - 異常アルカリフォスファターゼ値が 50%以上低下、および	バ/または 血清アルカリフォフファターゼ値
が正常化し、かつ、crease 放射線画像にて肝臓サイス	
□ 不奏効・安定 - 肝臓に効果ありまたは肝臓の病勢進行の基準に該当した	
□ 肝臓の病勢進行 - アルカリフォスファターゼ値が最低値から 50%以上上昇	
□ 未評価 → 質問 98 へ	/ T
□ 木計画 / 異問 30 へ□ 該当せず → 質問 98 へ	
92. 肝臓に関する最良効果の評価日	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
□ これまでに報告されている → 質問 98 ヘ	
────────────────────────────────────	(YYYY/MM/DD)
4. 肝腫大が放射線画像上に(肝縦径>15cm)、又は、身体検査により(右	5肋骨縁下に肝端が>3 cm 触診可)、認め
られましたか?	
□ はい/有	
□ いいえ/無	
□ 不明	
5. 血清アルカリフォスファターゼレベルを記載してください	
□ 不明	
_ · <i>"</i>	
→ 96. 血清アルカリフォスファターゼ: □	IU/L □ μkat/L
97. 血清アルカリフォスファターゼの正常値上限:	
	j

※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。

消化器への影響
98. 最終報告日以降消化器の病変に関して、臨床的改善がありましたか?
□ はい/有
□ いいえ/無
□ 該当せず → 質問 101 へ
99. 消化器の病変の評価日
┌── □ 該当データ有り
□ これまでに報告されている
│ → 100. 消化器の病変の評価日: / / (YYYY/MM/DD)
7 7 7 7
末梢神経系への影響
101. 患者の末梢神経系に関する最良効果を選択してください
□ 末梢神経系に効果あり 一筋電図による神経伝導速度が改善
□ 不奏効・安定 — 末梢神経系に効果ありまたは末梢神経系の病勢進行の基準に該当しない
□ 末梢神経系の病勢進行 — 筋電図又は神経伝導速度により神経障害の病勢進行が認められる
□ 未評価 → 質問 104 へ
□ 該当せず → 質問 104 ヘ
→ 102. 末梢神経系に関する最良効果の評価日
□ 不明 → 質問 104 へ
□ これまでに報告されている → 質問 104 ヘ
└ ⇒ 103. 末梢神経系に関する最良効果の評価日: // (YYYY/MM/DD)
その他の臓器への影響 質問:104-109
その他の臓器への影響
104. 患者には、その他の臓器に臨床的な病変が認められましたか?
□ はい/有 → 質問 105 へ
□ いいえ/無 → 質問 110 へ

※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。

105. その他の臓器の病変を選択してください
□ 関節障害
→ 106. その他の臓器の病変を記載してください:
□→ 100. ての他の服務の拘支を記載して、たさい:
107. この器官系に関する細胞治療による最良効果を選択してください
□ 効果改善
□ 不奏効・安定
108. この器官系に関する細胞治療による最良効果の評価日
- □ 該当データ有り
□ 不明 → 質問 110 へ
□ これまでに報告されている → 質問 110 へ
Check Cichking Checking a print 110 to
→ 109. この器官系に関する細胞治療による最良効果の評価日 :
/ / (YYYY/MM/DD)
// (\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \
その他の臓器への影響が複数生じた場合、質問 104~109 を追加(コピー)してください。

※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。

最良効果時の POEMS 症候群の評価	質問: 110 - 141
質問 $110\sim141$ は、POEMS 症候群患者についてのみ記載してください。 診断が POEM	S以外の場合、または、その証拠若
しくは既往がない場合には、質問 142 に進んでください。	
110. 最良効果時における POEMS の臨床的特徴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)
□ キャッスルマン病	
□肝腫大	
□ 血管外体液貯留(腹水、末梢浮腫、胸水)	
□ リンパ節症	
□乳頭浮腫	
□ 多発ニューロパチー	
□ 皮膚病変(色素沈着症、多毛症、糸球体様血管腫、多血症、先端チアノーゼ、剤	紅、白色爪)
□ 骨硬化性病変	
□脾腫	
□ 血小板増加症/赤血球増加症	
_ □ その他	
→ 111. その他の POEMS の臨床的特徴を記載してください:	
112. 甲状腺刺激ホルモン(TSH)	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
113. TSH: mU/L (μU/mL)	
114. TSH の正常値上限:	
115. テストステロン	
┌─ □ 該当データ有り	
116. テストステロン: □ ng/dL □ nmol/L	
117. テストステロンの正常値上限 :	

※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。

118. エストラジオール ── □ 該当データ有り □ 不明
119. エストラジオール: pg/mL
120. エストラジオールの正常値上限:
122. プロラクチン: ng/mL
123. プロラクチンの正常値上限 :
124. コルチゾール □ 該当データ有り □ 不明
125. コルチゾール:・・ μg/dL nmol/L (小数第 1 位まで) 126. コルチゾールの正常値上限:
127. インターロイキン 6
→ 128. インターロイキン 6: ・・・ pg/mL (小数第 1 位まで) 129. インターロイキン 6 の正常値上限:
130. 肺動脈性肺高血圧症はありましたか?
→ 131. 推定される収縮期動脈圧を記載してください: mmHg

※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。

132. 努力肺活量(FVC) □ 該当データ有り □ 不明		
→ 133. FVC : %	1	
134. 総肺気量		
→135. 総肺気量:	_ mL	
136. 血管内皮細胞増殖因子(VEGF)の血清値 □ 該当データ有り □ 不明		
→ 137. 血清 VEGF:	pg/mL	
138. 血清 VEGF の正常値上限:		
139. 血管内皮細胞増殖因子(VEGF)の血漿値		
→ 140. 血漿 VEGF:		
141. 血漿 VEGF の正常値上限:		

※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。

142. 疾患の再発や進行/増悪以外の理由により、最終報告日以降に治療を実施しましたか? (再発前のあらゆる維持療法及び地固め療法を含みます) はい/有 いいえ/無 → 質問 167 へ
 □ いいえ/無 → 質問 167 へ □ 不明 → 質問 167 へ 治療ライン (レジメン) 143-166 治療ライン (レジメン) 143. 全身治療 □ はい/有
 □ 不明 → 質問 167 へ 治療ライン (レジメン) 143-166 治療ライン (レジメン) 143. 全身治療 □ はい/有
治療ライン (レジメン)資問: 143-166治療ライン (レジメン)143. 全身治療□ はい/有
治療ライン(レジメン) 143. 全身治療 □ はい/有
治療ライン(レジメン) 143. 全身治療 □ はい/有
143. 全身治療
┌─ □ はい/有
□ いいえ/無 → 質問 155 ヘ
→ 144. 全身治療開始日
□→ 145. 全身治療開始日: / (YYYY/MM/DD)
146. 全身治療中止日
140. 主ダル原中止ロ
□ 該当せず (治療継続中) → 質問 150 へ
└ ⇒ 147. 全身治療中止日: / (YYYY/MM/DD)
148. 全身治療を中止した理由
146. 主対心派を中止したは
□ 予定クールの完了/治療プロトコールの終了
□ 不明
├─□ その他
、140 全自治療を由止した2の他の頂中を引撃して/ギャル・
ightharpoonup 149. 全身治療を中止したその他の理由を記載してください:

※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。

□ いいえ/無 → 質問 152 へ → 151. 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 □ VCD/CVD/CyBorD (ポルテゾミブ (ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサメタゾン) □ RVD/VRD (ポルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラサムマブ (ダラザルックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ (カイブロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ (カイブロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) 52. 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つとしてまだ頼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つとしてまだ頼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つとしてまだ頼なかった投与方た薬剤を書合してください) □ はいパ有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ → 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて遊い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ (スルケイド) □ Carfilzomib: カルスチン (BCNU、ギリアデル) □ Cisplatin: シスプラチン (シスプラチン、ブリブラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ピアキシン) □ 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: シタラピン (Ara-C) □ Daratumumab: メラツムマブ (ダラザルックス) □ Doxorubicin: ドキツルビシン (アドリアマイシン) □ Doxorubicin liposomal: ドキリルビシン (アドリアマイシン) □ Dituzumab: エロツスマブ □ Etoposide: エトボシド (VP-16、ベブシド) □ lberdomide: イベルドミド	1111	·/有
VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサメタゾン) RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) 52. 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上記で報告された標準治療の 1 つとしてまだ報告された薬剤を報告してください) はい/有 いいえ/無 → 質問 155 へ お3. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) Belantamab mafodotin:ベラグスチン (トレアキシン) Bortezomib:ボルテゾミブ (ベルケイド) Carfilzomib:カルフィルゾミブ (ベルケイド) Carfilzomib:カルフィルゾミブ (スルケイド) Cisplatin:シスプラチン (シスプラチン、ブリブラチン、CDDP) Clarithromycin:クラリスロマイシン (ビアキシン) Corticosteroids:コルチコステロイド (フィーロン・アリアスイシン) Daratumumab:ダラツムマブ (ダラザレックス) Doxorubicin:ドキソルビシン (アドリアマイシン) Doxorubicin:ドキソルビシン (アドリアマイシン) Doxorubicin:ドキソルビシン (アドリアマイシン) Elotuzumab:エロツズマブ (サンノボソーム (ドキシル) Elotuzumab:エロツズマブ (アトリのス・アンド)		·え/無 → 質問 152 へ
デキサメタゾン) □ RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) 52. 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つとしてまだ幹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つを持ちまで、おはい/有 □ いいえ/無 → 質問155 へ → 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine:ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib:ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib:カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin:クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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:シタラピン (Ara-C) □ Daratumumab:グラツムマブ (ダラザレックス) □ Doxorubicin liposomal:ドキソルビシンノボソーム (ドキシル) □ Elotuzumab:エロツズマブ □ Etoposide:エトボシド (VP-16、ベブシド)	→151. ೫	台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)
□ RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) 52. 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 つとしてまだ頼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 つとして実験を報告してください) □ はしい有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ → 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine:ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib:ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib:カルノス・リンラーン (ベルケイド) □ Carfilzomib:カルノス・ナン (BCNU、ギリアデル) □ Cisplatin:シスプラチン (シスプラチン、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin:クラリスロマイシン (ピアキシン) □ 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:シタラピン (Ara-C) □ Daratumumab:グラツムマブ (グラザレックス) □ Doxorubicin:ドキソルビシン (アドリアマイシン) □ Doxorubicin liposomal:ドキソルビシンリボソーム (ドキシル) □ Elotuzumab:エロツズマブ □ Etoposide:エトボシド (VP-16、ベブシド)		
□ DVD (ダラザレックス)、ボルテゾミブ(ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ(カイプロリス)、レナリドミド(レブラミド)、デキサメタゾン) 52. 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つとしてまだ軽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つ投与された薬剤を報告してください) □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ ⇒ 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリブラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ Doxorubicin: ドキソルビシン (アドリアマイシン) □ Doxorubicin liposomal: ドキソルビシンリボソーム (ドキシル) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトボシド (VP-16、ベブシド)		•
□ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) 52. 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 つとしてまだ軟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 つ投与された薬剤を報告してください) □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ > 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ピアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ Doxorubicin liposomal: ドキソルビシンリポソーム (ドキシル) □ Elotuzumab: エロッズマブ □ Etoposide: エトボシド (VP-16、ベブシド)		
□ KRD (カルフィルゾミブ(カイブロリス)、レナリドミド(レブラミド)、デキサメタゾン) 52. 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つとしてまだ軽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つ投与された薬剤を報告してください) □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ → 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロッズマブ □ Etoposide: エトボシド (VP-16、ベブシド)		
52. 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つとしてまだ靴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つ投与された薬剤を報告してください) □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ → 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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: シタラピン (Ara-C) □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ 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 (アドリアマイシン) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトボシド (VP-16、ベブシド)		
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 投与された薬剤を報告してください) □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ → 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ Carmustine: カルムスチン (BCNU、ギリアデル) □ Cisplatin: シスプラチン、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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: シタラピン (Ara-C) □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド)		
 投与された薬剤を報告してください) □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ 3. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド) 	52. 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
 □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 155 へ ⇒ 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド) 		
□ いいえ/無 → 質問 155 へ ⇒ 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine:ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib:ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib:カルレスチン(BCNU、ギリアデル) □ Cisplatin:シスプラチン(シスプラチン、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin:クラリスロマイシン(ピアキシン) □ 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) □ Daratumumab:ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab:エロツズマブ □ Etoposide:エトポシド(VP-16、ベプシド)		
→ 153. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選い。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ピアキシン) □ 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: シタラピン(Ara-C) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		
い。以下はアルファベット順です。) Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) Carfilzomib: カルフィルゾミブ 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、ブリプラチン、CDDP) Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) 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) Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) 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) Elotuzumab: エロツズマブ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		ス/無 → 貨向 155 へ
い。以下はアルファベット順です。) Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) Carfilzomib: カルフィルゾミブ 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、ブリプラチン、CDDP) Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) 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) Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) 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) Elotuzumab: エロツズマブ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)	_ 153. ≦	~ ◆身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択
□ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		
□ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep)
□ Carfilzomib:カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin:クラリスロマイシン(ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab:ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab:エロツズマブ □ Etoposide:エトポシド(VP-16、ベプシド)		Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン)
□ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド)
□ Cisplatin: シスプラチン(シスプラチン、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		Carfilzomib: カルフィルゾミブ
□ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) □ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		Carmustine: カルムスチン(BCNU、ギリアデル)
□ 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) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)	_	Cisplatin: シスプラチン (シスプラチン、ブリプラチン、CDDP)
□ Cyclophosphamide:シクロホスファミド(エンドキサン) □ Cytarabine:シタラビン(Ara-C) □ Daratumumab:ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab:エロツズマブ □ Etoposide:エトポシド(VP-16、ベプシド)		Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン)
□ Cytarabine: シタラビン(Ara-C) □ Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		
 □ Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス) □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド) 		Corticosteroids: コルチコステロイド
 □ 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) □ Elotuzumab: エロツズマブ □ Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド) 		Cyclophosphamide:シクロホスファミド(エンドキサン)
□ Doxorubicin liposomal: ドキソルビシンリポソーム (ドキシル)□ Elotuzumab: エロツズマブ□ Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド)		Cyclophosphamide:シクロホスファミド(エンドキサン) Cytarabine:シタラビン(Ara-C)
□ Elotuzumab : エロツズマブ□ Etoposide : エトポシド (VP-16、ベプシド)		Cyclophosphamide: シクロホスファミド(エンドキサン) Cytarabine: シタラビン(Ara-C) Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス)
□ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)		Cyclophosphamide:シクロホスファミド(エンドキサン) Cytarabine:シタラビン(Ara-C) Daratumumab:ダラツムマブ(ダラザレックス) Doxorubicin:ドキソルビシン(アドリアマイシン)
		Cyclophosphamide: シクロホスファミド(エンドキサン) Cytarabine: シタラビン(Ara-C) Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) 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)
☐ IDerdomide: 1/NVP2P		Cyclophosphamide: シクロホスファミド(エンドキサン) Cytarabine: シタラビン(Ara-C) Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) 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) Elotuzumab: エロツズマブ
□ Idarubicin: イダルビシン(イダマイシン)		Cyclophosphamide: シクロホスファミド(エンドキサン) Cytarabine: シタラビン(Ara-C) Daratumumab: ダラツムマブ(ダラザレックス) 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) Elotuzumab: エロツズマブ Etoposide: エトポシド(VP-16、ベプシド)

※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。

Isatuximab: イサツ Ixazomib: イキサツ Lenalidomide: レコ Marizomib: マリゾミ Melphalan: メルファ Oprozomib: オプロ Panobinostat: パル Pomalidomide: ボ Rituximab: リツキミ Selinexor: セリネケ Talquetamab: タリ Teclistamab: テクリ Thalidomide: ザリ Venetoclax: ベネト Vorinostat: ボリノス その他の全身投与され	ドミブ(ニンラーロ) ナリドミド(レブラミ デラン(L-PAM、ア リンミブ リビノスタット ポマリドミド シマブ (リツキサン) リスタマブ リスタマブ リドマイド (サロミド) トクラクス スタット (ゾリンザ) れた薬剤	パルケラン)			
Lenalidomide: レフ Marizomib:マリゾミ Melphalan:メルファ Oprozomib:オプロ Panobinostat:パル Pomalidomide:ボ Rituximab:リツキミ Selinexor:セリネケ Talquetamab:タリ Teclistamab:テクリ Thalidomide:ザリ Venetoclax:ベネト Vorinostat:ボリノフ その他の全身投与され	ナリドミド (レブラミ ミブ ァラン (L-PAM、) リジミブ リビノスタット ペマリドミド シマブ (リツキサン) リスタマブ リスタマブ ドマイド (サロミド) トクラクス スタット (ゾリンザ) れた薬剤	パルケラン)			
Marizomib:マリゾミ Melphalan:メルファ Oprozomib:オプロ Panobinostat:パル Pomalidomide:ボ Rituximab:リツキミ Selinexor:セリネク Talquetamab:タリ Teclistamab:テクリ Thalidomide:ザリ Venetoclax:ベネト Vorinostat:ボリノス その他の全身投与され	ミブ アラン(L-PAM、ア コゾミブ リビノスタット ポマリドミド シマブ(リツキサン) リスタマブ リスタマブ ドマイド(サロミド) へクラクス スタット(ゾリンザ) れた薬剤	パルケラン)			
Melphalan:メルファ Oprozomib:オプロ Panobinostat:パ。 Pomalidomide:ボ Rituximab:リツキミ Selinexor:セリネケ Talquetamab:タリ Teclistamab:テクリ Thalidomide:ザリ Venetoclax:ベネト Vorinostat:ボリノス	アラン(L-PAM、7 1ゾミブ ノビノスタット ポマリドミド シマブ (リツキサン) リンタマブ リスタマブ ドマイド (サロミド) トクラクス スタット (ゾリンザ) れた薬剤				
Oprozomib: オプロ Panobinostat: パス Pomalidomide: ボ Rituximab: リツキシ Selinexor: セリネケ Talquetamab: タリ Teclistamab: テクリ Thalidomide: サリ Venetoclax: ベネト Vorinostat: ボリノス その他の全身投与され	1ゾミブ ノビノスタット ポマリドミド シマブ (リツキサン) リンタマブ リスタマブ ドマイド (サロミド) 〜クラクス スタット (ゾリンザ) れた薬剤				
Panobinostat:パル Pomalidomide:ポース Rituximab:リツキション Selinexor:セリネケョン Talquetamab:タリット Teclistamab:テクリョン Thalidomide:サリット Venetoclax:ベネトリンファット マの他の全身投与され	ノビノスタット ポマリドミド シマブ (リツキサン) ツール リスタマブ リドマイド (サロミド) 〜クラクス スタット (ゾリンザ) れた薬剤				
Pomalidomide:ボ Rituximab:リツキシ Selinexor:セリネケ Talquetamab:タリ Teclistamab:テクリ Thalidomide:サリ Venetoclax:ベネト Vorinostat:ボリノス	ポマリドミド シマブ (リツキサン) ツノール リスタマブ リスタマブ ドマイド (サロミド) 〜クラクス スタット (ゾリンザ) れた薬剤				
Rituximab: リツキショ Selinexor: セリネク Talquetamab: タリ Teclistamab: テクリョ Thalidomide: サリ Venetoclax: ベネト Vorinostat: ボリノフ その他の全身投与され	シマブ (リツキサン) ツール ルケタマブ リスタマブ ドマイド (サロミド) 〜クラクス スタット (ゾリンザ) れた薬剤				
Selinexor: セリネク Talquetamab: タリ Teclistamab: テクリ Thalidomide: サリ Venetoclax: ベネト Vorinostat: ボリノス その他の全身投与され	ツール ルケタマブ リスタマブ ドマイド(サロミド) 〜クラクス スタット(ゾリンザ) れた薬剤				
Talquetamab: タリ Teclistamab: テクリ Thalidomide: サリ Venetoclax: ベネト Vorinostat: ボリノフ その他の全身投与され	ルケタマブ リスタマブ ドマイド(サロミド) 〜クラクス スタット(ゾリンザ) れた薬剤				
Teclistamab: テク! Thalidomide: サリ Venetoclax: ベネト Vorinostat:ボリノス その他の全身投与され	リスタマブ ドマイド(サロミド) 〜クラクス スタット(ゾリンザ) れた薬剤				
Thalidomide: サリ Venetoclax:ベネト Vorinostat:ボリノス その他の全身投与され	ドマイド(サロミド) 〜クラクス スタット(ゾリンザ) れた薬剤				
Venetoclax:ベネトVorinostat:ボリノスその他の全身投与され	〜クラクス スタット(ゾリンザ) れた薬剤				
】Vorinostat:ボリノス 〕その他の全身投与され	スタット(ゾリンザ) れた薬剤	もしてください:			
こその他の全身投与され	nた薬剤	划ってください:			
		むしてください:			
54. その他の全身投与	された薬剤を記載	払してください:			
当データ有り明	/	/	(YYYY/MM/DD		
線治療 由止日					
当せず (治療継続中)	→ 質問 162 ^				
放射線治療中止日:_	/	/	(YYYY/MM/DD))	
	無 → 質問 162 へ	無 → 質問 162 へ 線治療開始日 送当データ有り 放射線治療開始日: 放射線治療開始日: 減治療中止日 送当データ有り ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	無 → 質問 162 へ 線治療開始日 当データ有り 放射線治療開始日:/// 線治療中止日 当データ有り	無 → 質問 162 へ 線治療開始日 ジョデータ有り 放射線治療開始日: (YYYY/MM/DE	無 → 質問 162 へ 線治療開始日 (当データ有り) 放射線治療開始日: / (YYYY/MM/DD) 線治療中止日 (当データ有り) 3明

※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。

□ 該当データ有り □ 不明			
→161. 総線量:			
162. 細胞治療 (CAR-T 約	田胞など)		
□ はい/有 - Form40	00 にも記載してくださ	ι,°	
□ いいえ/無			
※質問 1 で「アミロイドーシス	(174)」以外が選択さ	されている場合に、質問 163~164 を回答してください	
163. この治療ラインに対する			
□ 厳格な完全奏効(s	CR)		
□ 完全奏効(CR)			
□ 最良部分奏効 (V	GPR)		
── □ 部分奏効(PR)			
│ │ □ 不奏効(NR)・安況	主(SD)		
│ │ □ 病勢進行(PD)	(-) (1)()		
│ │ □ 完全奏効からの再発	(Rel)(未治療)		
│ □ 不明			
│ → 164. この治療ラインに 対	する血液学的効果の詞	評価日: // (YYYY/MM	/D[
質問 165~166 は、アミロイ	/ドーシスの忠孝につい	アのシロダレス/ギャン	
		(アミロイドーシスの患者のみ)	
□ 完全奏効(CR)			
□ 最良部分奏効(VG	iPR)		
□ 部分奏効(PR)			
□ 不奏効(NR)・安況	主 (SD)		
□ 病勢進行(PD)			
□ 完全奏効からの再発	(Rel)(未治療)		
□ 不明			
→ 166. この治療ラインに対	する血液学的効果の	評価日: // (YYYY/MM	/D[

※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。

167. 最終報告日以降、疾患の再発や進行/増悪が認められましたか? □ はい/有 □ いいえ/無 □ 不明	
→ 168. 再発日・進行/増悪日: // (YYYY/MM/DD)	
169. 再発または進行/増悪に対して治療が行われましたか? □ はい/有 → 質問 170 へ □ いいえ/無→ 質問 190 へ	
治療ライン (レジメン) 170. 全身治療 □ はい/有 □ いいス/無 → 質問 182 へ 171. 全身治療開始日 □ 該当データ有り □ 不明 → 172. 全身治療開始日: / / (YYYY/MM/DD) 173. 全身治療中止日 □ 該当データ有り □ 不明 → 質問 175 へ □ 該当せず (治療継続中) → 質問 177 へ □ 計74. 全身治療中止日: / / (YYYY/MM/DD) 175. 全身治療を中止した理由 □ 不奏効・進行/増悪 □ 青性 □ 予定クールの完了/治療プロトコールの終了 □ 不明 □ その他 → 質問 176 へ	

※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。

	5. 全身治療を中止したその他の理由を記載してください:
177 煙	
ェノノ・ _{「赤・} ず)	〒川水で大地080にか: (この川ボノーノ(レンアノ)の 鬼こりて) (足加川ボの日本にか)
	はい/有
	いいえ/無 → 質問 179 ヘ
□ >178	3. 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)
	□ VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ(ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、 デキサメタゾン)
	□ RVD/VRD (ボルテゾミブ(ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン)
	□ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン)
	□ RD (レナリドミド(レブラミド)、デキサメタゾン)
	□ KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン)
	された 薬剤を報告してください) はい/有
	はい/有
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ). 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択して い。以下はアルファベット順です。)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ 0. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ 0. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ 2. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ 0. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ の. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ Carmustine: カルムスチン(BCNU、ギリアデル)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ の. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ D. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ の. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン(トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ(ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン) □ Corticosteroids: コルチコステロイド
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ 0. 全身投与された薬剤 (この治療ライン (レジメン) の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) □ Belantamab mafodotin: ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep) □ Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン) □ Bortezomib: ボルテゾミブ (ベルケイド) □ Carfilzomib: カルフィルゾミブ □ 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、ブリプラチン、CDDP) □ Clarithromycin: クラリスロマイシン (ビアキシン) □ 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)
	はいえ/無 → 質問 182 へ D. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) Bendamustine:ベンダムスチン(トレアキシン) Bortezomib:ボルテゾミブ(ベルケイド) Carfilzomib:カルフィルゾミブ 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、ブリプラチン、CDDP) Clarithromycin:クラリスロマイシン(ビアキシン) 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)
	はい/有 いいえ/無 → 質問 182 へ D. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) Bendamustine:ベンダムスチン(トレアキシン) Bortezomib:ボルテゾミブ(ベルケイド) Carfilzomib:カルフィルゾミブ 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、ブリプラチン、CDDP) Clarithromycin:クラリスロマイシン(ビアキシン) 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) Daratumumab:ダラツムマブ(ダラザレックス)
	はいえ/無 → 質問 182 へ D. 全身投与された薬剤 (この治療ライン(レジメン)の一環として投与した薬剤をすべて選択してい。以下はアルファベット順です。) Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン(Blenrep) Bendamustine:ベンダムスチン(トレアキシン) Bortezomib:ボルテゾミブ(ベルケイド) Carfilzomib:カルフィルゾミブ 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、ブリプラチン、CDDP) Clarithromycin:クラリスロマイシン(ビアキシン) 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)

※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。

	□ Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド)
	□ Iberdomide: イベルドミド
	□ Idarubicin: イダルビシン(イダマイシン)
	□ Interferon-a: インターフェロンa(イントロン、ロフェロン)(PEG 化製剤を含む)
	□ Isatuximab: イサツキシマブ
	□ Ixazomib: イキサゾミブ(ニンラーロ)
	□ Lenalidomide: レナリドミド(レブラミド)
	□ Marizomib: マリゾミブ
	□ Melphalan: メルファラン (L-PAM、アルケラン)
	□ Oprozomib: オプロゾミブ
	□ Panobinostat:パノビノスタット
	□ Pomalidomide: ポマリドミド
	□ Rituximab: リツキシマブ(リツキサン)
	□ Selinexor: セリネクソール
	□ Talquetamab: タルケタマブ
	□ Teclistamab: テクリスタマブ
	□ Thalidomide: サリドマイド (サロミド)
	□ Venetoclax:ベネトクラクス □ Vorinostat:ボリノスタット(ゾリンザ)
	□ Vormostat: パリノスタット(ソリノリ) - □ その他の全身投与された薬剤
	- L CONBO主対文子C1 (IC来A)
Ļ	→ 181. その他の全身投与された薬剤を記載してください:
182. 放射線	
(1/1/2	表/無 → 質問 189 へ
183 #b	射線治療開始日
	<u> 該当データ有り</u>
	不明
>184	4. 放射線治療開始日: / / (YYYY/MM/DD)

※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。

	185. 放射線治療中止日		
	□ 該当データ有り → 質問 186 ^	•	
	□ 不明 → 質問 187 へ		
	□ 該当せず (治療継続中) → 質	問 189 ヘ	
	186. 放射線治療中止日:	/(YYYY/MM/DD)
	187. 放射線治療線量		
	□□不明		
	→188. 総線量:		Gу
	<u> </u>		
18	9. 細胞治療 (CAR-T 細胞など)		
	□ はい/有 - Form4000 にも記載して	ください。	
	□ いいえ/無		
治	療ライン(レジメン)(再発または進行/増照	悪に対する)が複数生じた場合	合、質問 170~189 を追加(コピー)
しして	てください。		
U7	てください。 		
190.	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する	治療後に維持療法が行われま	:したか?
L 90.	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有	治療後に維持療法が行われま	:したか?
.90. 最	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ	治療後に維持療法が行われま	:したか?
. 90.	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有	治療後に維持療法が行われま	:したか?
L 90.	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ	治療後に維持療法が行われま	:したか?
. 90. 	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ	治療後に維持療法が行われま	:したか?
90. 最 一 □	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ		ジリング (191-210)
L 90.	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ		
290. 最	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン(レジメン		
190. 最	 終報告日以降、再発や進行/増悪に対するはい/有いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 		
190. 最	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン(レジメン) 第ライン(レジメン) 1. 全身治療 — □ はい/有		
190. 最	 終報告日以降、再発や進行/増悪に対するはい/有いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 2月2 (レジメン) 		
190. 最	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン(レジメン) 第ライン(レジメン) 1. 全身治療 — □ はい/有		
L90. 最 — □ — □ — 19	最終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン(レジメン) 第ライン(レジメン) 1. 全身治療 — □ はい/有		
L90. 最 — □ — □ — 19	設終報告日以降、再発や進行/増悪に対する はい/有 いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン (レジメン) 1. 全身治療 □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 203 へ		
L90. 最 — □ — □ — 19	 終報告日以降、再発や進行/増悪に対するはい/有いいえ/無 → 質問 211 へ不明 → 質問 211 へ該当せず → 質問 211 へ お療ライン (レジメン) 1. 全身治療 □ いいえ/無 → 質問 203 へ 192. 全身治療開始日 		
L90. 最 — □ — □ — 19	 終報告日以降、再発や進行/増悪に対するはい/有いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン (レジメン) 1. 全身治療 □ いいえ/無 → 質問 203 へ 192. 全身治療開始日 □ 該当データ有り 		
L90. 最 — □ — □ — 19	 終報告日以降、再発や進行/増悪に対するはい/有いいえ/無 → 質問 211 へ 不明 → 質問 211 へ 該当せず → 質問 211 へ 治療ライン (レジメン) 1. 全身治療 □ いいえ/無 → 質問 203 へ 192. 全身治療開始日 □ 該当データ有り)(維持)	質問:191-210

※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。

	該当せず (治療継続中) → 質問 198 へ
>19	5. 全身治療中止日: // (YYYY/MM/DD)
196. ≦	全身治療を中止した理由
	不奏効・進行/増悪
	毒性
	予定クールの完了/治療プロトコールの終了
	不明
	その他
	0.7. 人自治療も内にした7の他の理点も言葉にアノギャン。
\rightarrow]	97. 全身治療を中止したその他の理由を記載してください:
100 ti	 後沙療を宇佐
-	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た
す ")	
ず "	はい/有
ず "	
3 ")	はい/有 いいえ/無
3 ")	はい/有 いいえ/無 9. 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)
3 ")	はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ(ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサン
3 ")	はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD(ボルテゾミブ(ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサンン)
3 ")	はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD(ボルテゾミブ(ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサンン) □ RVD/VRD(ボルテゾミブ(ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン)
3 ")	はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD(ボルテゾミブ(ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサンン) □ RVD/VRD(ボルテゾミブ(ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン)
3 ")	(はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサン ン) □ RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン)
3 ")	(はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサン ン) □ RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン)
₫") 	(はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサン ン) □ RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン)
ず"。 	はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD(ボルテゾミブ(ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサンン) □ RVD/VRD(ボルテゾミブ(ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD(ダラツムマブ(ダラザレックス)、ボルテゾミブ(ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD(レナリドミド(レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD(カルフィルゾミブ(カイプロリス)、レナリドミド(レブラミド)、デキサメタゾン)
ず。 	はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサン ン) □ RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) ③ M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た伊き済み薬剤、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
ず。 	はい/有 いいえ/無 9. 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) □ VCD/CVD/CyBorD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、シクロホスファミド (エンドキサン)、デキサンン) □ RVD/VRD (ボルテゾミブ (ベルケイド)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ DVD (ダラツムマブ (ダラザレックス)、ボルテゾミブ (ベルケイド)、デキサメタゾン) □ RD (レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン) □ KRD (カルフィルゾミブ (カイプロリス)、レナリドミド (レブラミド)、デキサメタゾン)

※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。

	Belantamab mafodotin:ベランタマブ・マフォドチン (Blenrep)
	Bendamustine: ベンダムスチン (トレアキシン)
	Bortezomib:ボルテゾミブ(ベルケイド)
	Carfilzomib: カルフィルゾミブ
	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、ブリプラチン、CDDP)
	Clarithromycin: クラリスロマイシン(ビアキシン)
	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)
	Daratumumab: ダラツムマブ (ダラザレックス)
	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)
	Elotuzumab:エロツズマブ
	Etoposide: エトポシド (VP-16、ベプシド)
	Iberdomide: イベルドミド
	Idarubicin: イダルビシン(イダマイシン)
	Interferon-a:インターフェロンa(イントロン、ロフェロン)(PEG 化製剤を含む)
	Isatuximab: イサツキシマブ
	Ixazomib: イキサゾミブ(ニンラーロ)
	Lenalidomide: レナリドミド (レブラミド)
	Marizomib:マリゾミブ
	Melphalan:メルファラン (L-PAM、アルケラン)
	Oprozomib: オプロゾミブ
	Panobinostat:パノビノスタット
	Pomalidomide:ポマリドミド
	Rituximab: リツキシマブ(リツキサン)
	Selinexor: セリネクソール
	Talquetamab: タルケタマブ
	Teclistamab: テクリスタマブ
	Thalidomide: サリドマイド (サロミド)
	Venetoclax:ベネトクラクス
	Vorinostat:ボリノスタット(ゾリンザ)
Γ^{\square}	その他の全身投与された薬剤
> 20	2. その他の全身投与された薬剤を記載してください:

※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。

(YYYY/MM/DD)
(YYYY/MM/DD)
Gy □ cGy

※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。

本報告期間の評価時点における疾患の	状態	質問: 211 - 252
211. 血清クレアチニン ☐ 該当データ有り ☐ 不明		
212. 血清クレアチニン :		′L □ μmol/L
213. 皿内プレナナニンの正内に工作。		
214. 血清単クローン性蛋白 (M スパイク) (電気泳動によ □ 該当データ有り □ 不明 □ 該当せず	るもののみ)	
→215. 血清単クローン性蛋白(M スパイク):	🗆 ।	mg/dL □ g/dL □ g/L
216. 血清免疫固定法 □ 該当データ有り □ 不明 → 質問 220 へ □ 該当せず → 質問 220 へ □ シ217. M スパイクの種類は何でしたか?(当てはまるもの	をすべて選択してください)	
IgG κ鎖	ですべく選択してください)	

※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。

存在するバンドを記載してください:	
218. 最初の(診断時に認めた)単クローン性バンド	
□ はい/有	
□ いいえ/無	
219. 新規の単クローン性(又はオリゴクローン性)バンド	
□ はい/有	
□ いいえ/無	
220 南洼炸咖啡70% //	
220. 血清遊離軽鎖 - κ (kappa)	
□ 不明	
i	
→ 221. K (kappa) 遊離軽鎖:	□ mg/dL □ mg/L
222. K (kappa) 遊離軽鎖の正常値上限:	
····································	
□ 不明	
□ 該当せず	
└── 224. λ (lambda) 遊離軽鎖:	_
225 》(Jambda)、按磁取邻工学体上阻。	
225. λ (lambda) 遊離軽鎖正常値上限:	
226. 24 時間尿中総蛋白	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
□ 該当せず	
`	
→227. 24 時間尿中総蛋白:	□ mg/24 時間 □ g/24 時間
228. 尿中アルブミン/クレアチニン比	
□ 該当データ有り	
□ 不明	
→229. 尿中アルブミン/クレアチニン比:	🗆 mg/g 🗆 mg/mmol

※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。

230. 尿中蛋白/クレアチニン比 □ 該当データ有り □ 不明		
→231. 尿中蛋白/クレアチニン比:	□ mg/g □ mg/mmol	
232. 尿中単クローン性蛋白(M スパイク)/ 24 時間		
→233. 尿中単クローン性蛋白(M スパイク)/ 24 時間:	□ mg/24 時間	□ g/24 時間
234. 尿免疫固定法		
存在するバンドを記載してください: → 235. 最初の(診断時に認めた)単クローン性バンド □ はい/有 □ いいえ/無		
236. 新規の単クローン性(又はオリゴクローン性)バンド はい/有 いいえ/無		
237. 骨髄穿刺液中の形質細胞に関するフローサイトメトリー		
│ →238. 骨髄穿刺液中の形質細胞に関するフローサイトメトリー:	%	
239. 骨髄穿刺液形態学的検査で確認された形質細胞	%	

※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。

241. 骨髄生検組織中の形質細胞 □ 該当データ有り □ 不明
 > 242. 骨髄生検組織中の形質細胞: %
243. 患者は透析を受けていましたか? □ はい/有 □ いいえ/無
→ 244. 透析日
246. 本報告期間中に PET/CT スキャンを実施しましたか? □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 251 へ
→ 247. PET/CT スキャンにおいて、いずれかの疾患部位で骨髄腫病変が陽性として検出されましたか? □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 251 へ
→ 248. 病変部位 (当てはまるものをすべて選択してください) □ 骨髄 □ 髄外性形質細胞腫 □ 溶解性骨病変 □ 骨硬化性病変
249. PET/CT スキャン実施日:

※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。

※質問 1 で アミロイドーシス (174)」、 腎障害を伴う単クローン性免疫グロブリン血症 (MGRS) (1611)」以外が選択され
ている場合に、質問 251~252 を回答してください
251. 最新の評価時における疾患の血液学的状態を選択してください。
□ 厳格な完全奏効(sCR)
□ 完全奏効(CR)
□ 最良部分奏効 (VGPR)
□ 部分奏効(PR)
□ 不奏効(NR)·安定(SD)
│ │ □ 病勢進行(PD)
□ 完全奏効からの再発(Rel)(未治療)
→ 252. 疾患の血液学的状態の評価日: / / (YYYY/MM/DD)
本報告期間におけるアミロイドーシスの現状 質問: 253 - 311
質問 253~311 は、アミロイドーシスの患者についてのみ記載してください。 診断がアミロイドーシス以外の場合、またはその
既往がない場合には、質問 312 に進んでください。
以下の血液学的および器官系に関する患者の疾患の状態を記載してください:
252 鬼老の羽左の南海営的連鎖を駆打してださい。
253. 患者の現在の血液学的状態を選択してください
□ 完全奏効(CR)
□ 最良部分奏効(VGPR)
□ 部分奏効(PR)
□ 不奏効(NR)·安定(SD)
│ │ □ 病勢進行(PD)
□ 完全奏効からの再発(Rel)(未治療)
□ 不明 → 質問 256 へ
ightarrow 254. 現在の血液学的状態の評価日
┌── □ 該当データ有り
└ > 255. 現在の血液学的状態の評価日: / / (YYYY/MM/DD)

※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。

心臓への影響
256. 患者の心臓に対する現在の効果を選択してください
□ 心臓に効果あり - NT-proBNPに基づく効果(ベースライン NT-proBNP 値が≥650ng/l である患者に
おいて、>30%かつ>300 ng/l の減少) またはニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能
分類に基づく効果(≥ベースラインが III 度又は IV 度である患者に II 度以上の低下)
□ 不奏効・安定 - 心臓に効果ありまたは心臓の病勢進行の基準に該当しない
□ 心臓の病勢進行 - NT-proBNPに基づく進行/増悪(>30%かつ>300 ng/lの増加)、または cTn
(心筋トロポニン)に基づく進行/増悪(≥33%の増加)、または駆出率に基づく進行/増悪
(≥10%の低下)
□ 未評価 → 質問 290 へ
□ 該当せず → 質問 290 へ
257. 心臓に対する現在の効果の評価日
├─ □ 該当データ有り
→ 258. 心臓に対する現在の効果の評価日: // (YYYY/MM/DD)
259. 左室駆出率を測定しましたか?
□ いいえ/無
260. 左室駆出率: %
261. 左室駆出率を測定した方法を選択してください
□ マルチゲートスキャン
□ 心臓 MRI
262. 拡張機能障害がありましたか?
□ はい/有
いいえ/無
263. 心エコーで測定した心室中隔壁厚を記載してください
□ 該当データ有り
□ 不明
→ 264. 心室中隔壁厚: mm

※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。

55. 左室ストレイン率を記載してください — □ 該当データ有り □ 不明	
→266. 左室ストレイン率: %	
57. 血清心臓バイオマーカーの評価を行いましたか? — □ はい/有 □ いいえ/無 → 質問 284 へ □ 不明 → 質問 284 へ	
> 268. 心臓バイオマーカーの評価日:// (YYYY/MM/DD)	
評価を行った血清心臓バイオマーカーを記載してください: 269. 脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP) □ はい/有 □ いいえ/無	
270. BNP : pg/mL	
Ĺ	
273. NT-proBNP : pg/mL	
274. NT-proBNP の正常値上限:	
→ 276. トロポニンI: μg/L	
277. トロポニン I の正常値上限:	
<u></u>	

※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。

	- □ はい/有 □ いいえ/無
Ļ	279. トロポニンT: μg/L
	280.トロポニンTの正常値上限:
281	L. 高感度トロポニン T
	- □ はい/有
	□ いいえ/無
	「
	283. 高感度トロポニンTの正常値上限:
	<u>i</u>
	はい/有 いいえ/無 5. 歩行距離: ロ メートル ロ feet
285	いいえ/無 5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください
□ 285 5. 患 (近	いいえ/無 5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください E状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して
· 285 5. 患 (近 評価	いいえ/無 5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください E状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して 面してください)
□ 285 3. 患 〔近 評価	いいえ/無 5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください E状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して
□ 285 3. 患 〔近 评価 □	いいえ/無 5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください E状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して Tしてください) I 度 - 症状が出ずに通常の活動を行うことができる;身体活動に制限なし
□ 285 3. 患 近 評価 □	いいえ/無 5. 歩行距離: ロ メートル ロ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください E状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して Tしてください) I度 - 症状が出ずに通常の活動を行うことができる;身体活動に制限なし II 度 - 通常の身体活動により症状が生じる;身体活動に軽度の制限あり
□ 285 5. 患 (抗 □ □ □	おのニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください ま状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮していてください) 日度 - 症状が出ずに通常の活動を行うことができる;身体活動に制限なし II 度 - 通常の身体活動により症状が生じる;身体活動に軽度の制限あり III 度 - 通常以下の身体活動により症状が生じる;身体活動に中等度の制限あり
□ 285 i. 患 (近 □ □ □ □	5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください ま状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して むしてください) I 度 - 症状が出ずに通常の活動を行うことができる;身体活動に制限なし II 度 - 通常の身体活動により症状が生じる;身体活動に軽度の制限あり III 度 - 通常以下の身体活動により症状が生じる;身体活動に中等度の制限あり IV 度 - 安静時にも症状あり;身体活動に高度の制限あり 不明
285 (285) . 患 (285) . 患 (285) . 患	5. 歩行距離:
285 . 患 纸 評 🗆 🗆	5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください 正状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して 近してください) I 度
□ 285	5. 歩行距離:
285 . 患 纸 評 🗆 🗆	(いいえ/無
□ 285	5. 歩行距離: □ メートル □ feet 者のニューヨーク心臓協会(NYHA)心機能分類を選択してください 正状には、呼吸困難、胸痛、疲労及び動悸を含むことがあります;身体活動のレベルは、患者の年齢群を考慮して 近してください) I 度

※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。

289. 血圧測定中の体位を選択してください:	
□ 立位	
□ 不明	
腎臓への影響	
290. 患者の腎臓に関する現在の効果を選択してください	
□ 腎臓に効果あり - 24 時間尿蛋白量が 50%以上(最低 0.5g/日)低下(治療前の尿タンパク量は	
>0.5g/日でなければならない)。クレアチニン及びクレアチニンクリアランスは、ベースラー	インと
比較して、25%以上悪化してはならない。	
□ 不奏効・安定 - 腎臓に効果ありまたは腎臓の病勢進行の基準に該当しない	
□ 腎臓の進行/増悪 - 24 時間尿蛋白量が 50%(最低 1g/日)以上増加して>1 g/日となる、又は、	
血清クレアチニン若しくはクレアチニンクリアランスが 25%悪化	
□ 未評価 → 質問 293 へ	
□ 該当せず → 質問 293 へ	
291. 腎臓に関する現在の効果の評価日 □ 該当データ有り □ 不明 → 292. 腎臓に関する現在の効果の評価日:// (YYYY/MM/DD)	
, , , ,	
肝臓への影響	
293. 患者の肝臓に関する現在の効果を選択してください	
□ 肝臓に効果あり - 異常アルカリフォスファターゼ値が 50%以上低下、および/または、血清アルカリフォスファ⁄	ターゼ値が
正常化し、かつ、放射線画像にて肝臓サイズが 2cm 以上縮小	
□ 不奏効・安定 - 肝臓に効果ありまたは肝臓の病勢進行の基準に該当しない □ 肝臓の病勢進行 - アルカリフォスファターゼ値が最低値から 50%以上上昇	
□ 肝臓の病勢進1 - アルカウス人ファラーと他が最低他から 50%以工工弁□ 未評価 → 質問 300 へ	
□ 未計価 → 質問 300 へ□ 該当せず → 質問 300 へ	
294. 肝臓に関する最良効果の評価日	
│ → 295. 肝臓に関する現在の効果の評価日: // (YYYY/MM/DD)	
∠ 293. MTMICIN 9 る現代の対表の計画口: / / (YYYY/MM/DD)	

※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。

296. 肝腫大が放射線画像上に(肝縦径>15cm)、又は、身体検査により(右肋骨縁下に肝端が>3 cm 触診可)、 認められましたか?	
はい/有	
いいえ/無	
297. 血清アルカリフォスファターゼレベルを記載してください ┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
□ IU/L □ µkat/L	
299. 血清アルカリフォスファターゼの正常値上限 :	
消化器への影響	
300. 最終報告日以降消化器の病変に関して、臨床的改善がありましたか?	
はい/有	
□ いいえ/無	
□ 不明 → 質問 303 へ	
□ 該当せず → 質問 303 へ	
→ 301. 消化器の病変の評価日	
┌──□ 該当データ有り	
□ 不明	
→ 302. 消化器の病変の評価日: / / (YYYY/MM/DD)	
末梢神経系への影響	
303. 患者の末梢神経系に関する現在の効果を選択してください	
□ 末梢神経系に効果あり - 筋電図による神経伝導速度が改善(まれ)	
□ 不奏効・安定 - 末梢神経系に効果ありまたは末梢神経系の病勢進行の基準に該当しない	
□ 末梢神経系の病勢進行 - 筋電図又は神経伝導速度により神経障害の病勢進行が認められる	
未評価 → 質問 306 へ	
□ 該当せず → 質問 306 へ	
→ 304. 末梢神経系に関する現在の効果の評価日	
┌─ □ 該当データ有り	
□ 不明	
→ 305. 末梢神経系に関する現在の効果の評価日: // (YYYY/MM/DD)	

※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。

その他の臓器への影響	質問:306-311
その他の臓器への影響	
306. 患者には、その他の臓器に臨床的な病変が認められましたか?	
┌─ □ はい/有	
□ いいえ/無 → 質問 312 へ	
→ 307. その他の臓器の病変を選択してください	
□肺	
□ 軟部組織	
┌─ □ その他の臓器の病変	
→ 308. その他の臓器の病変を記載してください:	
309. この器官系に関する現状を選択してください	
□効果改善	
□ 進行/増悪	
□ 不奏効・安定	
310. この器官系に関する現状の評価日	
□ 該当データ有り	
□ 不明	
└→311. この器官系に関する現状の評価日:	
/ / (YYYY/MM/DD)	
その他の臓器への影響が複数生じた場合、質問 306~311 を追加(コピー)してください	0

※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。

本報告期間における POEMS 症候群の現状 質問: 312-343	3
質問 312~343 は、POEMS 症候群患者についてのみ記載してください。診断が POEMS 以外の場合、またしくは既往がない場合には、回答終了です。	さは、その証拠若
312. POEMS の臨床的特徴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)	
□ キャッスルマン病	
□ 血管外体液貯留(腹水、末梢浮腫、胸水)	
□ リンパ節症□ 乳頭浮腫	
□ 多発ニューロパチー	
□ 皮膚病変(色素沈着症、多毛症、糸球体様血管腫、多血症、先端チアノーゼ、潮紅、白色爪)	
□ 血小板増加症/赤血球増加症	
┌─ □ その他	
$\stackrel{ riangle}{}$ 313. その他の POEMS の臨床的特徴を記載してください: $_{ extbf{L}}$	
314. 甲状腺刺激ホルモン(TSH)	
□ 該当データ有り □ □	
315. TSH: mU/L (μU/mL)	
316. TSH の正常値上限:	
i	
317. テストステロン	
□ 該当データ有り 	
→ 318. テストステロン : □ ng/dL □ nmol/L	
319. テストステロンの正常値上限:	

※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。

320. エストラジオール
□ 該当データ有り
·
└⇒ 321. エストラジオール: pg/mL
P9/
322. エストラジオールの正常値上限:
323. プロラクチン
□ 該当データ有り □ ********************************
324. プロラクチン: ng/mL
<u></u>
325. プロラクチンの正常値上限:
326. コルチゾール
<i>;</i>
└⇒ 327. コルチゾール: ・・ □ μg/dL □ nmol/L
328. コルチゾールの正常値上限:
520. コルナナ ルの正市 工作
329. インターロイキン 6
┌─ □ 該当データ有り
└⇒ 330. インターロイキン 6:・・ pg/mL
(小数第 1 位まで)
331. インターロイキン 6 の正常値上限:
332. 肺動脈性肺高血圧症はありましたか?
┌─ □ はい/有
□ いいえ/無
mm Hg
/ JJJ.]在ACC11で4AMB#J#JJM/LTで6D単版U CN/CCV!・

※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。

2022/6/10

334. 努力肺活量(FVC)		
□ 該当データ有り		
⇒335. FVC : %		
336. 総肺気量		
┌─ □ 該当データ有り		
□ 不明		
→337. 総肺気量:	mL	
338. 血管内皮細胞増殖因子(VEGF)の血清値		
┌─ □ 該当データ有り		
□ 不明		
└⇒ 339. 血清 VEGF :	pg/mL	
340. 血清 VEGF の正常値上限:		—
2/1 赤色内中細胞植成立フハドのりを持		
341. 血管内皮細胞増殖因子(VEGF)の血漿値		
□ 不明		
→ 342. 血漿 VEGF :		
→ 342. 皿浆 VEGF:	pg/IIIL	
343. 血漿 VEGF の正常値上限 :		
373. 皿水 VEGF の圧市恒工収.		
記入者氏名:		

記入日:_____/____/