

細胞治療 F4006 R6.0: 細胞治療製品の輸注

※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)

細胞治療製品輸注

質問 : 1-31

1. 細胞治療製品名

- アキシカブタゲン シロルユーセル (イエスカルタ®)
- ブレクスカブタジン オートルーセル (Tecartus™)
- シルタカブタゲン オートルユーセル (カービクティ®)
- イデカブタゲン ビクルユーセル (アベクマ®)
- レテトレシン オートルーセル
- リソカブタゲン マラルユーセル (ブレヤンジ®)
- オルバカブタジン オートルーセル
- チサゲンレクルユーセル (キムリア®)
- その他の製品
- 製品名なし

2. この細胞治療製品の識別番号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)

- 細胞製品 ID → 質問 3へ
- バッチ番号 → 質問 4へ
- ロット番号 → 質問 5へ

3. 細胞製品 ID : _____**4. バッチ番号 :** _____**5. ロット番号 :** _____**6. 本製品の輸注日 :** _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

細胞治療 F4006 R6.0: 細胞治療製品の輸注

※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

7. 本製品の全容量を輸注しましたか？ はい/有 いいえ/無⇒ **8. 余った分をどのように処理したか選択してください。** 廃棄した 今後使用するために凍結保存した その他⇒ **9. その他の内容を記載してください :** _____**10. 製品輸注経路を選択してください :** 静脈内 骨髄内 腹腔内 動脈内 筋肉内 脊髄腔内 臓器内 組織内に限局した輸注 その他の輸注経路⇒ **11. その他の輸注経路を記載してください :** _____ → 質問 14 へ**12. 細胞を投与した臓器部位を選択してください :** 骨 心臓 肝臓 脾臓 腎臓 脳 肺 その他の部位⇒ **13. その他の部位を記載してください :** _____

細胞治療 F4006 R6.0: 細胞治療製品の輸注

※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

質問 14 は、質問 1 で「アキシカブタゲン シロルユーセル（イエスカルタ®）」、「ブレクスカブタジン オートルーセル（Tecartus™）」、「シルタカブタゲン オートルユーセル（カービクティ®）」、「イデカブタゲン ビクルユーセル（アベクマ®）」、「チサゲンレクルユーセル（キムリア®）」以外を選択した場合にのみ回答してください。

投与した製品に含まれる細胞の総数（1キログラムあたりの細胞数ではない）を報告してください。

14. 投与された総細胞数

- 該当データ有り
- 不明

→ **15. 投与された総細胞数 :** _____ · _____ × 10 _____
 (小数第 2 位まで) (指數値)

質問 16 は、質問 1 で「アキシカブタゲン シロルユーセル（イエスカルタ®）」、「ブレクスカブタジン オートルーセル（Tecartus™）」以外を選択した場合にのみ回答してください。

16. 投与した細胞の種類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）

- リンパ球（非特定型） → **質問 17**へ
- CD4 陽性リンパ球 → **質問 18**へ
- CD8 陽性リンパ球 → **質問 19**へ
- 制御性 T 細胞（Treg） → **質問 20**へ
- 心前駆細胞 → **質問 21**へ
- 樹状細胞・腫瘍細胞ハイブリドーマ（腫瘍ワクチン） → **質問 22**へ
- 内皮前駆細胞 → **質問 23**へ
- ヒト臍帯脈管周囲（HUCPV）細胞 → **質問 24**へ
- 脾島細胞 → **質問 25**へ
- 間葉系幹細胞（MSC） → **質問 26**へ
- ナチュラルキラー細胞（NK 細胞） → **質問 27**へ
- 希突起膠細胞 → **質問 28**へ
- 非特定型単核細胞 → **質問 29**へ
- その他の細胞種類 → **質問 30**へ

17. リンパ球（非特定型）の総数 : _____ · _____ × 10 _____
 (小数第 2 位まで) (指數値)

18. CD4 陽性リンパ球の総数 : _____ · _____ × 10 _____
 (小数第 2 位まで) (指數値)

19. CD8 陽性リンパ球の総数 : _____ · _____ × 10 _____
 (小数第 2 位まで) (指數値)

20. Treg 細胞の総数 : _____ · _____ × 10 _____
 (小数第 2 位まで) (指數値)



細胞治療 F4006 R6.0: 細胞治療製品の輸注

※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

21. 心臓前駆細胞 (cardiac progenitor cells) の総数 :

_____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)

22. 樹状細胞・腫瘍細胞ハイブリドーマの総数 : _____ · _____ **x 10 _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)****23. 血管内皮前駆細胞 (endothelial progenitor cells) の総数 :**

_____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)

24. HUCPV 細胞の総数 : _____ · _____ **x 10 _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)****25. 脾島細胞 (islet cells) の総数 : _____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)****26. MSC の総数 : _____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)****27. NK 細胞の総数 : _____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)****28. 希突起膠細胞 (oligodendrocytes) の総数 : _____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)****29. 単核細胞 (特定なし) の総数 : _____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)****30. その他の細胞の種類を記載してください : _____****31. その他の細胞の総数 : _____ · _____ **x 10** _____
 (小数第 2 位まで) (指数値)**

細胞治療 F4006 R6.0: 細胞治療製品の輸注

※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

併用治療

質問：32-35

32. 患者は併用治療を受けましたか？

- はい/有
- いいえ/無

薬剤治療

質問：33-35

33. 開始日を記載してください： _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)**34. 薬剤を選択してください (当時はまるものをすべて選択してください)**

- アテゾリズマブ(テセントリク)
- アベルマブ (バベンチオ)
- デュルバルマブ
- GM-CSF
- IL-2
- IL-15
- イピリムマブ (ヤーボイ)
- レナリドミド (レブラミド)
- ニボルマブ (オブジー・ボ)
- ペムブロリズマブ (キイトルーダ)
- ポマリドミド (ポマリスト)
- その他

35. その他の薬剤を記載してください：

薬剤治療が複数生じた場合、質問 33~35 を追加（コピー）してください。

記入者氏名：_____

記入日：_____ / _____ / _____

