

□□□□□□□□□□

生着・血液回復

複数回移植の場合は次の移植までの生着に関してご記入下さい

血液回復

《好中球数 500/ μ l 以上》

判定 到達せず 到達 以下にならず 評価不能

到達日/最終確認日

□□□□年□□月□□日

《網赤血球 10%以上》

判定 到達せず 到達 以下にならず 評価不能

到達日/最終確認日

□□□□年□□月□□日

《血小板 2万/ μ l 以上》

判定 到達せず 到達 以下にならず 評価不能

到達日/最終確認日

□□□□年□□月□□日

《血小板 5万/ μ l 以上》

判定 到達せず 到達 以下にならず 評価不能

到達日/最終確認日

□□□□年□□月□□日

《白血球の評価》

ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください

移植後 100 日時点

- 持続的なドナー
- 安定した混合キメラ
- 一時的なドナー生着で 100 日までに二次性生着不全 (自己回復)
- 当初から自己回復
- 生着せず (自己回復もなし)
- 評価不能

→ 評価不能の理由 28 日以内死亡

その他 (詳細 _____)

一元管理番号

□□□□□□□□□□



輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日

サイトカイン・輸血

サイトカイン

【使用】 有 (以下をご記入ください) 無

《G-CSF》 使用 有 無

→ 開始日 □□□□□□年□□月□□日

→ 終了日 □□□□□□年□□月□□日

《M-CSF》 使用 有 無

→ 開始日 □□□□□□年□□月□□日

→ 終了日 □□□□□□年□□月□□日

《その他》 使用 有 無

→ 開始日 □□□□□□年□□月□□日

→ 終了日 □□□□□□年□□月□□日

→ 名称 (_____)

輸血

《RBC (赤血球)》 有無 有 無

→ 最終輸血日 □□□□□□年□□月□□日

《PLT (血小板)》 有無 有 無

→ 最終輸血日 □□□□□□年□□月□□日

PLT 輸血への抵抗性

有無 有 無

→ 出現時期 移植前から
移植後に出現
その他 (詳細 _____)

□□□□□□□□□□

キメリズム・二次性生着不全

キメリズム

ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください

【解析】

- 性染色体
- STR
- 未施行 (以下回答不要)
- その他 (詳細 _____)

- 【結果】
- 一貫して完全ドナー
 - 一貫してドナー優位 (80%以上)
 - 一貫して混合キメラ (20-80%)
 - 徐々にドナー優位 (80%以上) に移行
 - 徐々にドナー成分が減少あるいは消失
 - 最初から自己造血回復
 - その他 (詳細 _____)

→ 【ドナー割合】 _____ %

→ 【検査日】 移植後 100 日に最も近い日付

□□□□□年□□□月□□□日

二次性生着不全

血液回復の好中球数 500/ μ l 以上が「到達」の場合にのみご記入ください

【有無】 有 無

→ 日付 □□□□□年□□□月□□□日

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



急性 GVHD

- ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください。
- DLI等のインターベンション後のGVHDは記入対象外です。

急性 GVHD の有無 有 (以下をご記入ください) 無 評価不能

皮膚 有 無
 →【出現日】 年 月 日

肝臓 有 無
 →【出現日】 年 月 日

上部消化管 有 無
 →【出現日】 年 月 日

腸管 (下部消化管) 有 無
 →【出現日】 年 月 日

経過中の最高重症度

上記で「急性 GVHD 有」とした部位のみ回答してください。
「grade」は部位を問わず必須回答です。

皮膚 stage	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
肝臓 stage	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
上部消化管 stage	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 評価不能
腸管(下部消化管)stage	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
grade	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 評価不能

生検による急性 GVHD の病理診断 有 無

経過中の最高重症度の「grade」がII、III、IVのいずれかの場合にのみご記入ください。

→ II度以上 GVHD 発症の日 年 月 日

経過中の最高重症度の「grade」がIII、IVのいずれかの場合にのみご記入ください。

→ III度以上 GVHD 発症の日 年 月 日

局所治療 有 無

→【治療内容 (複数選択可)】 ベクロメタゾン
 →【ベクロメタゾン開始日】 年 月 日
その他 (詳細 _____)
 →【その他開始日】 年 月 日

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



全身治療 有 (以下をご記入ください) 無

第一治療

「急性 GVHD 有」とした部位のみ回答してください。「grade」は部位を問わず必須回答です。

【内容】 PSL または mPSL ATG または ALG Tacrolimus Cyclosporine
MMF MSC Ruxolitinib 他 (詳細 _____)

【開始日】 年 月 日

《開始時》	皮膚 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	肝臓 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	上部消化管 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 評価不能
	腸管(下部消化管)stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	grade	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 評価不能

【評価日 (原則開始日 28 日後)】 年 月 日

《評価時》	皮膚 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	肝臓 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	上部消化管 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 評価不能
	腸管(下部消化管)stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	grade	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 評価不能

第二治療

「急性 GVHD 有」とした部位のみ回答してください。「grade」は部位を問わず必須回答です。

【内容】 PSL または mPSL ATG または ALG Tacrolimus Cyclosporine
MMF MSC Ruxolitinib 他 (詳細 _____) なし

【開始日】 年 月 日

《開始時》	皮膚 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	肝臓 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	上部消化管 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 評価不能
	腸管(下部消化管)stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	grade	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 評価不能

【評価日 (原則開始日 28 日後)】 年 月 日

《評価時》	皮膚 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	肝臓 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	上部消化管 stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 評価不能
	腸管(下部消化管)stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 評価不能
	grade	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年____月____日



第三治療

「急性 GVHD 有」とした部位のみ回答してください。「grade」は部位を問わず必須回答です。

【内容】 PSL または mPSL ATG または ALG Tacrolimus Cyclosporine
MMF MSC Ruxolitinib 他 (詳細 _____) なし

【開始日】 年 月 日

《開始時》	皮膚 stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 評価不能
	肝臓 stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 評価不能
	上部消化管 stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 評価不能			
	腸管(下部消化管)stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 評価不能
	grade	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> 評価不能	

【評価日 (原則開始日 28 日後)】 年 月 日

《評価時》	皮膚 stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 評価不能
	肝臓 stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 評価不能
	上部消化管 stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 評価不能			
	腸管(下部消化管)stage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 評価不能
	grade	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> 評価不能

第四治療以降

【内容 (複数選択可)】 PSL または mPSL
ATG または ALG
Tacrolimus
Cyclosporine
MMF
MSC
Ruxolitinib
他 (詳細 _____)
なし

テムセルの使用 有 無

「テムセル HS 注 使用成績調査(全例調査)登録票」へもご記入ください

ジャカビ®の使用 有 無

一元管理番号

輸注開始日(移植日): 年 月 日



慢性 GVHD

ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください

慢性 GVHD の有無 有 (以下をご記入ください) 無 評価不能

免疫抑制剤の項目まで進み回答してください

最悪重症度の臨床医評価 (according to best clinical judgement) Mild Moderate Severe

重症度 limited extensive

病型 progressive: 活動性の急性 GVHD から移行したもの quiescent: 急性 GVHD が軽快 (CR) したのち慢性 GVHD を発症したもの de novo: 先行する急性 GVHD がないもの

生検による慢性 GVHD の病理診断 有 無

発症日 年 月 日

診断日 年 月 日

Table with 4 rows and 10 columns for organ involvement: 毛髪, 眼, 口腔, 皮膚, 生殖器, 関節障害, その他. Includes checkboxes for '有', '無', '未評価', '限局性', '広範性'.

転帰 治癒 軽快するが残存 不変 悪化 評価不能

治療 有 無

治療方法 Topical only Corticosteroid High dose corticosteroids (≧2mg/kg/day) CyA Corticosteroid + CyA Tacrolimus Corticosteroid + Tacrolimus Thalidomide その他 (詳細)

ステロイド全身治療 有 無 【開始日】 年 月 日

ステロイド抵抗性慢性 GVHD に対する治療 有 無

慢性 GVHD に対する Ruxolitinib(ジャカビ®)の使用 有 無

慢性 GVHD に対する Ibrutinib(イムブルピカ®)の使用 有 無

慢性 GVHD に対する Belumosudil(レズロック®)の使用 有 無

慢性 GVHD に対する ECP の使用 有 無

免疫抑制剤 【投与終了】 有 無 【最終投与日】 年 月 日

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



治療 3

【治療の有無】 有 (以下をご記入ください)
無 (→治療 4~治療 5の記入は不要です)

複数薬剤を使用した場合、最初に投与した薬剤の開始日から最後に投与した薬剤の終了日までを入力して下さい

【開始日】 年 月 日

【終了日】 年 月 日

《CMV 治療使用薬剤》

- ホスカルネット 有 無
- ガンシクロビル (静注) 有 無
- γ グロブリン 有 無
- バルガンシクロビル (内服) 有 無
- レテルモビル (静注) 有 無
- レテルモビル (内服) 有 無
- その他 有 無

名称

治療 4

【治療の有無】 有 (以下をご記入ください)
無 (→治療 5の記入は不要です)

複数薬剤を使用した場合、最初に投与した薬剤の開始日から最後に投与した薬剤の終了日までを入力して下さい

【開始日】 年 月 日

【終了日】 年 月 日

《CMV 治療使用薬剤》

- ホスカルネット 有 無
- ガンシクロビル (静注) 有 無
- γ グロブリン 有 無
- バルガンシクロビル (内服) 有 無
- レテルモビル (静注) 有 無
- レテルモビル (内服) 有 無
- その他 有 無

名称

治療 5

【治療の有無】 有 (以下をご記入ください)
無

複数薬剤を使用した場合、最初に投与した薬剤の開始日から最後に投与した薬剤の終了日までを入力して下さい

【開始日】 年 月 日

【終了日】 年 月 日

《CMV 治療使用薬剤》

- ホスカルネット 有 無
- ガンシクロビル (静注) 有 無
- γ グロブリン 有 無
- バルガンシクロビル (内服) 有 無
- レテルモビル (静注) 有 無
- レテルモビル (内服) 有 無
- その他 有 無

名称

転帰 軽快 悪化 不変 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



アスペルギルス感染症

【有無】 有 疑い 無

→ 【発症日】 年 月 日

→ 【診断】 Proven : 病理学的な証明、もしくは無菌的に得られた培養による陽性
Probable : 宿主因子+臨床基準(CT等の画像)+アスペルギルス抗原等による基準
Possible : 宿主因子+臨床基準のみ(CT等の画像)

→ 【感染症名 (複数選択可)】 下気道感染 (肺炎)
菌血症
髄膜炎・脳炎 (中枢神経感染)
尿路感染 (膀胱炎を含む)
皮膚・軟部組織感染
腸管感染
肝臓胆道感染症 (肝脾膿瘍も含む)
副鼻腔感染
播種性感染
その他 (詳細 _____)

→ 【菌名 (複数選択可)】 fumigatus flavus niger
その他 (詳細 _____)
不明

→ 【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

トキソプラズマ感染症

【有無】 有 無

→ 【発症日】 年 月 日

→ 【感染症名 (複数選択可)】 下気道感染 (肺炎)
菌血症
髄膜炎・脳炎 (中枢神経感染)
尿路感染 (膀胱炎を含む)
皮膚・軟部組織感染
腸管感染
肝臓胆道感染症 (肝脾膿瘍も含む)
副鼻腔感染
播種性感染
その他 (詳細 _____)

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



Febrile neutropenia

【有無】 有 無

→ 【発症日】 _____年__月__日

その他の感染症 1

【有無】 有 疑い 無 (→その他の感染症 2~その他の感染症 5の記入は不要です)

→ 【病原体】

ウイルス	細菌	真菌
<input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> ADV	<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> S.aureus	<input type="checkbox"/> ムーコル
<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> BK	<input type="checkbox"/> streptococcus <input type="checkbox"/> E.coli	<input type="checkbox"/> フザリウム
<input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/> Enterococcus	<input type="checkbox"/> トリコスポロン
<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> JCV	<input type="checkbox"/> Corynebacterium <input type="checkbox"/> S.maltophilia	<input type="checkbox"/> クリプトコックス
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> Bacillus	<input type="checkbox"/> ニューモシスティス
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> C.difficile (CDトキシン陽性も含む)	<input type="checkbox"/> その他の真菌
<input type="checkbox"/> その他のウイルス	<input type="checkbox"/> その他の細菌	その他
		<input type="checkbox"/> その他

→ 病原体その他詳細 (_____)

→ 【発症日】 _____年__月__日

- 【感染症 (複数選択可)】
- 下気道感染 (肺炎) 菌血症
 - 髄膜炎・脳炎 (中枢神経感染) 尿路感染 (膀胱炎を含む)
 - 皮膚・軟部組織感染 腸管感染
 - 肝臓胆道感染症 (肝脾膿瘍も含む) 副鼻腔感染
 - 播種性感染 血球貪食症候群 リンパ増殖性疾患
 - その他 (詳細 _____)

→ 【治療】 有 無

- 《薬剤 (複数選択可)》
- γグロブリン アシクロビル
 - ガンシクロビル シドフォビル
 - バラシクロビル ホスカルネット
 - リツキシマブ
 - その他 (詳細 _____)

【病原体】の項目で
ウイルスを選択したときのみ
ご記入ください

→ 【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



その他の感染症 2

【有無】 有 疑い 無 (→その他の感染症 3~その他の感染症 5の記入は不要です)

【病原体】

ウイルス	細菌	真菌
<input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> ADV	<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> S.aureus	<input type="checkbox"/> ムーコル
<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> BK	<input type="checkbox"/> streptococcus <input type="checkbox"/> E.coli	<input type="checkbox"/> フザリウム
<input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/> Enterococcus	<input type="checkbox"/> トリコスポロン
<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> JCV	<input type="checkbox"/> Corynebacterium <input type="checkbox"/> S.maltophilia	<input type="checkbox"/> クリプトコックス
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> Bacillus	<input type="checkbox"/> ニューモシスティス
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> C.difficile (CDトキシン陽性も含む)	<input type="checkbox"/> その他の真菌
<input type="checkbox"/> その他のウイルス	<input type="checkbox"/> その他の細菌	その他
		<input type="checkbox"/> その他

病原体その他詳細 (_____)

【発症日】 _____年____月____日

- 【感染症 (複数選択可)】
- 下気道感染 (肺炎) 菌血症
 - 髄膜炎・脳炎 (中枢神経感染) 尿路感染 (膀胱炎を含む)
 - 皮膚・軟部組織感染 腸管感染
 - 肝臓胆道感染症 (肝脾膿瘍も含む) 副鼻腔感染
 - 播種性感染 血球貪食症候群 リンパ増殖性疾患
 - その他 (詳細 _____)

【治療】 有 無

- 《薬剤 (複数選択可)》
- γグロブリン アシクロビル
 - ガンシクロビル シドフォビル
 - バラシクロビル ホスカルネット
 - リツキシマブ
 - その他 (詳細 _____)

【病原体】の項目で
ウイルスを選択したときのみ
ご記入ください

【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



その他の感染症 3

【有無】 有 疑い 無 (→その他の感染症 4~その他の感染症 5の記入は不要です)

【病原体】

ウイルス	細菌	真菌
<input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> ADV	<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> S.aureus	<input type="checkbox"/> ムーコル
<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> BK	<input type="checkbox"/> streptococcus <input type="checkbox"/> E.coli	<input type="checkbox"/> フザリウム
<input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/> Enterococcus	<input type="checkbox"/> トリコスポロン
<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> JCV	<input type="checkbox"/> Corynebacterium <input type="checkbox"/> S.maltophilia	<input type="checkbox"/> クリプトコックス
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> Bacillus	<input type="checkbox"/> ニューモシスティス
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> C.difficile (CDトキシン陽性も含む)	<input type="checkbox"/> その他の真菌
<input type="checkbox"/> その他のウイルス	<input type="checkbox"/> その他の細菌	その他
		<input type="checkbox"/> その他

病原体その他詳細 (_____)

【発症日】 _____年____月____日

- 【感染症 (複数選択可)】
- 下気道感染 (肺炎) 菌血症
 - 髄膜炎・脳炎 (中枢神経感染) 尿路感染 (膀胱炎を含む)
 - 皮膚・軟部組織感染 腸管感染
 - 肝臓胆道感染症 (肝脾膿瘍も含む) 副鼻腔感染
 - 播種性感染 血球貪食症候群 リンパ増殖性疾患
 - その他 (詳細 _____)

【治療】 有 無

- 《薬剤 (複数選択可)》
- γグロブリン アシクロビル
 - ガンシクロビル シドフォビル
 - バラシクロビル ホスカルネット
 - リツキシマブ
 - その他 (詳細 _____)

【病原体】の項目で
ウイルスを選択したときのみ
ご記入ください

【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



その他の感染症 4

【有無】 有 疑い 無 (→その他の感染症 5の記入は不要です)

【病原体】

ウイルス	細菌	真菌
<input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> ADV	<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> S.aureus	<input type="checkbox"/> ムーコル
<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> BK	<input type="checkbox"/> streptococcus <input type="checkbox"/> E.coli	<input type="checkbox"/> フザリウム
<input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/> Enterococcus	<input type="checkbox"/> トリコスポロン
<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> JCV	<input type="checkbox"/> Corynebacterium <input type="checkbox"/> S.maltophilia	<input type="checkbox"/> クリプトコックス
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> Bacillus	<input type="checkbox"/> ニューモシスティス
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> C.difficile (CDトキシン陽性も含む)	<input type="checkbox"/> その他の真菌
<input type="checkbox"/> その他のウイルス	<input type="checkbox"/> その他の細菌	その他
		<input type="checkbox"/> その他

病原体その他詳細 (_____)

【発症日】 _____年____月____日

- 【感染症 (複数選択可)】
- 下気道感染 (肺炎) 菌血症
 - 髄膜炎・脳炎 (中枢神経感染) 尿路感染 (膀胱炎を含む)
 - 皮膚・軟部組織感染 腸管感染
 - 肝臓胆道感染症 (肝脾膿瘍も含む) 副鼻腔感染
 - 播種性感染 血球貪食症候群 リンパ増殖性疾患
 - その他 (詳細 _____)

【治療】 有 無

- 《薬剤 (複数選択可)》
- γグロブリン アシクロビル
 - ガンシクロビル シドフォビル
 - バラシクロビル ホスカルネット
 - リツキシマブ
 - その他 (詳細 _____)

【病原体】の項目で
ウイルスを選択したときのみ
ご記入ください

【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



その他の感染症 5

【有無】 有 疑い 無

▶【病原体 (複数選択可)】

ウイルス	細菌	真菌
<input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> ADV	<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> S.aureus	<input type="checkbox"/> ムーコル
<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> BK	<input type="checkbox"/> streptococcus <input type="checkbox"/> E.coli	<input type="checkbox"/> フザリウム
<input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/> Enterococcus	<input type="checkbox"/> トリコスポロン
<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> JCV	<input type="checkbox"/> Corynebacterium <input type="checkbox"/> S.maltophilia	<input type="checkbox"/> クリプトコックス
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> Bacillus	<input type="checkbox"/> ニューモシスティス
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> C.difficile (CDトキシン陽性も含む)	<input type="checkbox"/> その他の真菌
<input type="checkbox"/> その他のウイルス	<input type="checkbox"/> その他の細菌	その他
		<input type="checkbox"/> その他

▶ 病原体その他詳細 (_____)

▶【発症日】 _____年____月____日

- ▶【感染症 (複数選択可)】
- 下気道感染 (肺炎) 菌血症
 - 髄膜炎・脳炎 (中枢神経感染) 尿路感染 (膀胱炎を含む)
 - 皮膚・軟部組織感染 腸管感染
 - 肝臓胆道感染症 (肝脾膿瘍も含む) 副鼻腔感染
 - 播種性感染 血球貪食症候群 リンパ増殖性疾患
 - その他 (詳細 _____)

▶【治療】 有 無

- ▶《薬剤 (複数選択可)》
- γグロブリン アシクロビル
 - ガンシクロビル シドフォビル
 - バラシクロビル ホスカルネット
 - リツキシマブ
 - その他 (詳細 _____)

【病原体】の項目で
ウイルスを選択したときのみ
ご記入ください

▶【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



その他の合併症

発症の有無 有 (以下をご記入ください) 無

前処置関連 (PTCY 含む) 心不全

【有無】 有 無

【発症日】 年 月 日

移植後 PIR

【有無】 有 無

【発症日】 年 月 日

【ステロイド治療】 有 無

【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

移植後生着症候群

【有無】 有 無

【発症日】 年 月 日

【ステロイド治療】 有 無

【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

出血性膀胱炎

【有無】 有 無

【種類】 アデノ BK その他 (詳細 _____)

TMA

【Cho et al 基準による TMA】 有 無

【診断日】 年 月 日

【Modified Jodele et al 基準による TMA】 有 無

【診断日】 年 月 日

いずれか、もしくは双方が「有」で回答の場合のみご記入ください

《治療》 有無 有 (以下をご記入ください) 無

Heparin	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	tPA	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	AT III	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
Defibrotide	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	rTM	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	Plasma exchange	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
FFP	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	間葉系幹細胞	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	CI の減量 または中止	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



非感染性肺合併症

【有無】 有 無

《肺機能検査》

有無 有 無

→ 施行日 年 月 日

→ 結果 拘束性 閉塞性 混合性 正常

【臨床診断】 IP (AIP) PERDS

CLS DAH

COP その他 (詳細 _____)

【診断日】 年 月 日

《治療》 有無 有 無

→ ステロイド 有 無

→ ステロイド治療内容 (詳細 _____)

→ TNF- α 阻害薬 有 無

→ その他 有 無

→ その他治療内容 (詳細 _____)

【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

その他 有 無

→ (詳細 _____)

移植後の追加治療 —ドナー細胞輸注・JAK2 阻害剤—

ドナー細胞輸注 (DCI) 1 回目

ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください

【輸注】 有 無 (→ドナー細胞輸注 (DCI) 2回目~ドナー細胞輸注 (DCI) 4回目の記入は不要です)

→【最初の輸注日】 _____年____月____日

→【今回の DCI 前の病期状態】 CR CR でない 評価していない

→《DCI レジメン (造血幹細胞や自家細胞の再輸注ではない)》

細胞の種類

間葉細胞	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	リンパ球	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
線維芽細胞	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	樹状細胞	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他細胞	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

→ (詳細 _____)

適応

計画的	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
予防的	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
混合キメラ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
キメリズムの喪失/減少	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
GVHD 治療	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
疾患の治療	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
PTLD,EBV リンパ腫の治療	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ウイルス感染症治療	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

→ (詳細 _____)

→《この患者に対する DCI の回数》 _____

→《10 週間以内の輸注の回数》 _____

→【急性 GVHD 最高 Grade】 0 (なし) 1 2 3 4
存在するが Grade は不明

→【DCI 後の疾患の転帰】 主疾患が「慢性骨髄性白血病 (CML)」の時のみご記入ください

詳細

一元管理番号

□□□□□□□□□□



輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日

ドナー細胞輸注 (DCI) 2 回目

ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください

【輸注】 有 無 (→ドナー細胞輸注 (DCI) 3 回目~ドナー細胞輸注 (DCI) 4 回目の記入は不要です)

【最初の輸注日】 □□□□年□□月□□日

【今回の DCI 前の病期状態】 CR CR でない 評価していない

《DCI レジメン (造血幹細胞や自家細胞の再輸注ではない)》

細胞の種類

間葉細胞	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	リンパ球	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
線維芽細胞	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	樹状細胞	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その他細胞	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			

(詳細 _____)

適応

計画的	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
予防的	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
混合キメラ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
キメリズムの喪失/減少	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
GVHD 治療	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
疾患の治療	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
PTLD,EBV リンパ腫の治療	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ウイルス感染症治療	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その他	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(詳細 _____)

《この患者に対する DCI の回数》 □□□□

《10 週間以内の輸注の回数》 □□□□

【急性 GVHD 最高 Grade】 0 (なし) 1 2 3 4
存在するが Grade は不明

【DCI 後の疾患の転帰】 主疾患が「慢性骨髄性白血病 (CML)」の時のみご記入ください

詳細

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



ドナー細胞輸注 (DCI) 3 回目

ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください

【輸注】 有 無 (→ドナー細胞輸注 (DCI) 4 回目)の記入は不要です)

→【最初の輸注日】 年月日

→【今回の DCI 前の病期状態】 CR CR でない 評価していない

→《DCI レジメン (造血幹細胞や自家細胞の再輸注ではない)》

細胞の種類

間葉細胞 はい いいえ リンパ球 はい いいえ

線維芽細胞 はい いいえ 樹状細胞 はい いいえ

その他細胞 はい いいえ

→ (詳細 _____)

適応

計画的 はい いいえ

予防的 はい いいえ

混合キメラ はい いいえ

キメリズムの喪失/減少 はい いいえ

GVHD 治療 はい いいえ

疾患の治療 はい いいえ

PTLD,EBV リンパ腫の治療 はい いいえ

ウイルス感染症治療 はい いいえ

その他 はい いいえ

→ (詳細 _____)

→《この患者に対する DCI の回数》

→《10 週間以内の輸注の回数》

→【急性 GVHD 最高 Grade】 0 (なし) 1 2 3 4

存在するが Grade は不明

→【DCI 後の疾患の転帰】 主疾患が「慢性骨髄性白血病 (CML)」の時のみご記入ください

詳細

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



ドナー細胞輸注 (DCI) 4 回目

ドナー種類が「同種(allogeneic)」もしくは「同系(Syngeneic)」の場合のみご記入ください

【輸注】 有 無

→【最初の輸注日】 年月日

→【今回の DCI 前の病期状態】 CR CR でない 評価していない

→《DCI レジメン (造血幹細胞や自家細胞の再輸注ではない)》

細胞の種類

- | | | | |
|-------|--|------|--|
| 間葉細胞 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | リンパ球 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 線維芽細胞 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 樹状細胞 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| その他細胞 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |

→ (詳細 _____)

適応

- | | |
|------------------|--|
| 計画的 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 予防的 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 混合キメラ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| キメリズムの喪失/減少 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| GVHD 治療 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 疾患の治療 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| PTLD,EBV リンパ腫の治療 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ウイルス感染症治療 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| その他 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

→ (詳細 _____)

→《この患者に対する DCI の回数》

→《10 週間以内の輸注の回数》

→【急性 GVHD 最高 Grade】 0 (なし) 1 2 3 4
存在するが Grade は不明

→【DCI 後の疾患の転帰】 主疾患が「慢性骨髄性白血病 (CML)」の時のみご記入ください

詳細

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



移植後の疾患に対するその他の治療(1) —疾患に対する計画的な治療—

計画的な治療 【有無】 有 (以下をご記入ください) 無

▶【初回投与日】

年 月 日

《抗体療法》

アレムツズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ブレンツキシマブ・ベドチン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
リツキシマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
オフアツムマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
モガムリズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
イブリツモマブ チウキセタン (ゼヴァリン)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ゲムツズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ブリナツモマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《FLT3 阻害剤》

ギルテリチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ミドスタウリン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
キザルチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《免疫調節薬》

レナリドミド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ポマリドミド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
サリドマイド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《PD-1 阻害剤》

ニボルマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ペムブロリズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《JAK2 阻害剤》

ルキシロチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《抗がん剤》

全身投与 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
髄注 (IT) (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《TKI》

イマチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ダサチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ニロチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ボスチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ポナチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《メチル化抑制剤》

アザシチジン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
デシタピン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《プロテアソーム阻害剤》

ボルテゾミブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
カルフィルゾミブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
イクサゾミブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《BTK 阻害剤》

イブルチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《HDAC 阻害剤》

ポリノスタット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《細胞療法》

CAR-T	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (種類・製剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《その他》

その他 自由記載	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------	----------------------------	----------------------------

一元管理番号

輸注開始日(移植日): 年 月 日



移植後の疾患に対するその他の治療(2) —MRD 検査/キメリズム検査の結果による治療—

MRD/molecular 検査、キメリズム検査の結果による治療 【有無】 有 (以下をご記入ください) 無

【初回投与日】 年 月 日

《抗体療法》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like アレムツズマブ, プレンツキシマブ・ベドチン, リツキシマブ, オファツムマブ, モガムリズマブ, イブリツモマブ チウキセタン (ゼヴァリン), ゲムツズマブ, ブリナツモマブ, その他 (薬剤名).

《FLT3 阻害剤》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like ギルテリチニブ, ミドスタウリン, キザルチニブ, その他 (薬剤名).

《免疫調節薬》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like レナリドミド, ポマリドミド, サリドマイド, その他 (薬剤名).

《PD-1 阻害剤》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like ニボルマブ, ペムブロリズマブ, その他 (薬剤名).

《JAK2 阻害剤》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like ルキシロチニブ, その他 (薬剤名).

《抗がん剤》

Table with 3 columns: Treatment type, Yes, No. Includes items like 全身投与 (薬剤名), 髄注 (IT) (薬剤名).

《TKI》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like イマチニブ, ダサチニブ, ニロチニブ, ボスチニブ, ポナチニブ, その他 (薬剤名).

《メチル化抑制剤》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like アザシチジン, デシタピン, その他 (薬剤名).

《プロテアソーム阻害剤》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like ボルテゾミブ, カルフィルゾミブ, イクサゾミブ, その他 (薬剤名).

《BTK 阻害剤》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like イブルチニブ, その他 (薬剤名).

《HDAC 阻害剤》

Table with 3 columns: Drug name, Yes, No. Includes items like ボリノスタット, その他 (薬剤名).

《細胞療法》

Table with 3 columns: Treatment type, Yes, No. Includes items like CAR-T, その他 (種類・製剤名).

《その他》

Table with 3 columns: Treatment type, Yes, No. Includes item like その他 自由記載.

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年____月____日



移植後の疾患に対するその他の治療(3) —再発/増悪に対する治療—

再発あるいは増悪に対する治療 【有無】 有 (以下をご記入ください) 無

【初回投与日】 _____年____月____日

《抗体療法》

アレムツズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ブレンツキシマブ・ベドチン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
リツキシマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
オフアツムマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
モガムリズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
イブリツモマブ チウキセタン (ゼヴァリン)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ゲムツズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ブリナツモマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《FLT3 阻害剤》

ギルテリチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ミドスタウリン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
キザルチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《免疫調節薬》

レナリドミド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ポマリドミド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
サリドマイド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《PD-1 阻害剤》

ニボルマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ペムブロリズマブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《JAK2 阻害剤》

ルキシロチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《抗がん剤》

全身投与 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
髄注 (IT) (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《TKI》

イマチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ダサチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ニロチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ボスチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ポナチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《メチル化抑制剤》

アザシチジン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
デシタピン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《プロテアソーム阻害剤》

ボルテゾミブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
カルフィルゾミブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
イクサゾミブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《BTK 阻害剤》

イブルチニブ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《HDAC 阻害剤》

ポリノスタット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《細胞療法》

CAR-T	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他 (種類・製剤名)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

《その他》

その他 自由記載	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------	----------------------------	----------------------------

□□□□□□□□□□

再発

※非寛解移植の移植後寛解

移植後の疾患の状況

完全寛解 (腫瘍性疾患の場合のみ選択可能)

寛解日 □□□□年□□月□□日

移植後も完全寛解ならず (腫瘍性疾患の場合のみ選択可能)

非腫瘍性疾患の
場合のみ選択可能

- 非腫瘍性疾患:治癒
- 非腫瘍性疾患:改善
- 非腫瘍性疾患:不変・悪化
- 非腫瘍性疾患:評価困難
- 不明

「移植後も完全寛解ならず」
を選択した場合は
「寛解ならず」が
自動入力されます

移植後初回再発

※2回目以降の再発情報は記入しないでください。

【有無】 有 (以下をご記入ください) 無 寛解ならず

《髄外病変》

主疾患が「急性骨髄性白血病(AML)」「急性リンパ性白血病(ALL)」
「慢性骨髄性白血病(CML)」「骨髄異形成症候群(MDS)」「その他の白血病」のいずれかに
該当する場合にのみ記入してください。

- 有無 有 無 評価不能 未検査
- 部位 肝臓 脾臓 リンパ節
 縦隔 CNS 睪丸 皮膚
 その他 (詳細 _____)

《再発様式》

Clinical/Hematological ※骨髄形態検査や画像検査など

- 検査 有 無
- 検査日 □□□□年□□月□□日
- 再発診断 有 無

Cytogenetic/FISH

- 検査 有 無
- 検査日 □□□□年□□月□□日
- 再発診断 有 無

Molecular

- 検査 有 無
- 検査日 □□□□年□□月□□日
- 再発診断 有 無

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日

移植後効果

主疾患が「形質細胞性腫瘍」かつ病型が以下のいずれかの場合にのみ回答してください。

- (1) 多発性骨髄腫 (形質細胞骨髄腫)
- (2) 形質細胞腫
- (3) 形質細胞性白血病

【最良効果】 CR sCR (stringent CR)
PR VGPR (very good PR)
SD (安定) PD (病勢進行)

【判定日】 年 月 日

移植後の増悪

以下のいずれかに該当する場合にのみ回答してください

- (1) 主疾患が「リンパ性悪性腫瘍 (LBLを含む)」
- (2) 主疾患が「形質細胞性腫瘍」かつ病型が「多発性骨髄腫 (形質細胞骨髄腫)」

有 無

→ 増悪日 年 月 日

最も最近に行った検査

《Clinical/Hematological ※骨髄形態検査や画像検査など》

腫瘍の検出 有 無 未検査

→ 最終検査日 年 月 日

《Cytogenetic/FISH》

腫瘍の検出 有 無 未検査

→ 最終検査日 年 月 日

《Molecular》

腫瘍の検出 有 無 未検査

→ 最終検査日 年 月 日

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日



二次癌・晩期障害

二次癌

《 P T L D 》 有無 有 無

→ 診断日 年 月 日

→ 腫瘍内 EBV 陽性 陰性 不明

《 固形腫瘍 》 有無 有 無

→ 診断日 年 月 日

→ 病名

→ 組織名

→ 臓器名

《 造血器腫瘍 》 有無 有 無

→ 診断日 年 月 日

→ 病名

→ 由来細胞 患者由来 ドナー由来 不明

→ 腫瘍内 EBV (リンパ腫のみ入力) 陽性 陰性 不明

【白血病、MDS でない clonal cytogenetic abnormality】 有 無

晩期障害

早期死亡の場合は、無、未検査、不明のいずれかを選択して下さい

《 阻血性骨壊死(Avascular necrosis) 》 有無 有 無

→ 診断日 年 月 日

→ 部位 大腿骨頭 肩 膝

その他 (詳細 _____)

《 白内障手術 》 有無 有 無

→ 施行日 年 月 日

《 心筋梗塞 》 有無 有 無

→ 診断日 年 月 日

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年__月__日

《脳血管疾患》 有無 有 無
→ 診断日 年 月 日

《侵襲性肺炎球菌感染症 (IPD)》 有無 有 無
→ 診断日 年 月 日

《甲状腺機能障害》 有無 正常 機能亢進 機能低下 未検査 不明
→ 治療 有 無
→ 治療開始日 年 月 日

【性腺機能障害】 有 無 未検査 不明

以下 3 項目は、性別が「女性」の場合のみご記入ください

→ 【移植後の月経 (自然回復)】 有 無
→ 【移植治療による月経中断】 有 無

どちらも「有」で回答の場合のみご記入ください

月経回復日 年 月 日

《HRT (ホルモン補充療法)》
有無 有 無 不明
→ 開始日 年 月 日
→ 継続中
→ 終了日 年 月 日

【低身長 (-2SD 以下)】 有 無 不明 成人 (not applicable)

《移植後の患者/パートナーの妊娠》 有 無 不明
→ 詳細 自然妊娠
凍結細胞 (組織) を使用

【性機能障害】 有 無 自己申告なし

(施設自由使用欄)

一元管理番号

輸注開始日(移植日): 年 月 日



一般社団法人 日本造血細胞移植データセンター The Japanese Data Center for Hematopoietic Cell Transplantation

TRUMP version 2.13 CRF

フォローアップ情報—最終転帰等—

生存状況 生存 死亡

生死最終確認日 年 月 日

死因

生存状況で「死亡」を選択した場合のみご記入ください(主・副ともに一つずつ選択可能)

Table with columns for Main Cause (《主》) and Secondary Cause (《副》). Rows include categories like Infection (拒絶・生着不全, 間質性肺炎以外の感染症), Organ Failure (臓器不全), and Other (その他). Includes a 'None' (なし) option at the bottom.

再移植

【有無】 有 無

→ 【再移植日】 年 月 日

- 【理由】 生着不全 原病の継続 (原病が改善しないため) 原病の再発 計画的/プロトコール 新規の悪性疾患 (PTLD 含む) 混合キメラ その他 非血縁 血縁 自家 同系

(施設自由使用欄)

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : _____年 ____月 ____日



一般社団法人
日本造血細胞移植データセンター
The Japanese Data Center for Hematopoietic Cell Transplantation

TRUMP version2.13 CRF

移植後の細胞療法

【有無】 有 無

→ 施行日 年 月 日

生存状況で「生存」を選択した場合のみご記入ください

最終観察日の PS 0 1 2 3 4

今後のフォローアップ調査—最終転帰等—

自施設への通院終了

生存状況などのフォローアップ情報の更新はできる限り移植施設で更新を行なってください。
自施設にて今後の更新ができない場合は追跡施設への引き継ぎをお願いします。

追跡施設 施設名
診療科名

転院先情報 <記入必須項目ではありません。施設内でのデータ管理にお役立てください。>

【施設診療科名】

【主治医名】

【コメント】

