



(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 version2.5 CRF

### 患者基本情報

<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。>

個人の特定ができる情報となります。記入の際は取扱に十分ご注意ください。

U P N\*

□□□□□□□□□□

カルテ番号

□□□□□□□□□□

氏 名 ( \_\_\_\_\_ )

\*用語説明

用語	説明	例
UPN	施設内での患者識別番号です。	UPN01 など

性 \*\* 男 女

生年月日\*\* □□□□年 ( 昭和・平成・令和 □□年 ) □□月□□日

人 種\*\* 日本人  
その他のアジア人  
白人  
アフリカ系  
その他 (ハーフ含む) (詳細 \_\_\_\_\_ )

移植登録調査研究への同意\*\* 同意  
不同意  
不明

「不同意」を選択した場合、二次調査を行う際に対象外となります。  
全国調査の収集対象症例には、含まれます。  
 詳しくは、「造血細胞移植および細胞治療の全国調査」研究書をご覧ください。

\*\*性/生年月日/人種/移植登録調査研究への同意は、同一患者の全ての移植データで共有されます。

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日



### 移植情報

管理番号

【JMDP 患者 ID】

【JMDP 症例番号】

【症例番号(臍帯血バンク)】

【患者番号 (小児)】

<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。>

【UTN\*】

【yearUTN\*】

#### \*用語説明

用語	説明	例
UTN	施設内での移植症例番号です。	AL-001 など
yearUTN	施設内での年毎移植症例番号です。	2005-01 など

移植回数\*\*

回目

移植施設情報

【移植担当医師名】 ( \_\_\_\_\_ )

【認定医申請用医師名】 ( \_\_\_\_\_ )

臨床試験への参加\*\*\*

【有無】 有 無

【試験名など】 <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。>

詳細

\*\*自家移植を含む全ての造血細胞移植をカウントして下さい。

初回に自家移植を行い、その後同種移植を行った場合は、同種移植は2回目となります。

\*\*\*IRB を通した前向きな臨床試験であれば単一施設での試験も含まれます。

移植時情報

【年齢】 歳

【身長 (前治療開始時)】 cm

【体重 (前治療開始時)】 kg

【活動性感染症 (細菌・真菌)】 有 無

一元管理番号

輸注開始日(移植日): \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日



移植前情報

【KS】 100 90 80 70 60 50  
40 30 20 10 不明

【PS】 0 1 2 3 4 不明

《輸血回数》

RBC (赤血球) 0回 1-9回 10-19回 20回以上 不明  
PLT (血小板) 0回 1-9回 10-19回 20回以上 不明

《新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染症(COVID-19)》

感染の既往 有 無  
(陽性の検査結果に基づく) → COVID-19のための入院 有 無  
→ 人工換気(機械換気) 有 無 不明

【CMV 抗体】 有 無 未検査

《B型肝炎ウイルス(HBV)》

S抗原 有 無 未検査  
S抗体 有 無 未検査  
C抗体 有 無 未検査  
DNA 検出 検出感度以下 未検査

【C型肝炎(HCV抗体)】 有 無 未検査

【HIV抗体】 有 無 未検査

【HTLV-1抗体】 有 無 未検査

【月経 ※性別が女性の場合のみ】 有 無 不明

【侵襲的真菌感染症(証明された)の既往】 有 無 不明

《妊孕性温存》

実施を希望 はい いいえ 不明

→ 温存 有 無  
→ (詳細) 精子凍結保存  
未受精卵子凍結保存  
胚(受精卵)凍結保存  
卵巢組織凍結保存  
その他(詳細 \_\_\_\_\_)



一元管理番号

輸注開始日(移植日): \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日



移植種類・ドナー情報

移植種類

- 骨髄 (BMT)
- 骨髄+末梢血 (BMT+PBSCT)
- 末梢血 (PBSCT)
- 臍帯血 (CBSCT)
- 複数臍帯血 (MultiCBSCT)
- その他 (自由記載 \_\_\_\_\_ )

計画的複数回移植の一部  はい  いいえ

ドナー情報 (ドナー 1)

【ドナー種類】

- 自家 (autologous)  同種 (allogeneic)  同系 (Syngeneic)

以降の項目は、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

【性別】  男  女      【体重】     kg      【年齢】   歳

【CMV 抗体】  有  無  未検査

【ドナー番号 (臍帯血番号)】

以降の項目は、ドナー種類が「同種(allogeneic)」の場合のみご記入ください

- 【同種】  血縁
- 【血縁】**  同胞
  - その他血縁者
    - 【血縁関係】** ( 詳細 \_\_\_\_\_ )

非血縁 (下記より選択)

【バンク名】

- JMDP (JMDP を介した海外バンクを含む)  中国四国臍帯血バンク
- 北海道臍帯血バンク  福岡県赤十字血液センター臍帯血バンク
- 宮城さい帯血バンク  日本赤十字社北海道さい帯血バンク
- 東京臍帯血バンク  日本赤十字社関東甲信越さい帯血バンク
- 東京都赤十字血液センター臍帯血バンク  中部さい帯血バンク
- 神奈川臍帯血バンク  日本赤十字社近畿さい帯血バンク
- 東海大学さい帯血バンク  日本赤十字社九州さい帯血バンク
- 東海臍帯血バンク  その他のさい帯血バンク
- 京阪さい帯血バンク  その他
- 兵庫さい帯血バンク

一元管理番号

輸注開始日(移植日): \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日



ドナー情報 (ドナー 2)

複数臍帯血(MultiCBSCT)の場合のみご記入ください

【ドナー種類】

- 自家(autologous)     同種(allogeneic)     同系(Syngeneic)

以降の項目は、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

【性別】  男     女    【体重】     kg    【年齢】   歳

【CMV 抗体】  有     無     未検査

【臍帯血番号】

以降の項目は、ドナー種類が「同種(allogeneic)」の場合のみご記入ください

- 【同種】  血縁  
    └─▶ **【血縁】**     同胞  
                   その他血縁者  
                  └─▶ **【血縁関係】** ( 詳細 \_\_\_\_\_ )  
 非血縁 (下記より選択)

【バンク名】

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 北海道臍帯血バンク          | <input type="checkbox"/> 中国四国臍帯血バンク         |
| <input type="checkbox"/> 宮城さい帯血バンク          | <input type="checkbox"/> 福岡県赤十字血液センター臍帯血バンク |
| <input type="checkbox"/> 東京臍帯血バンク           | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社北海道さい帯血バンク   |
| <input type="checkbox"/> 東京都赤十字血液センター臍帯血バンク | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社関東甲信越さい帯血バンク |
| <input type="checkbox"/> 神奈川臍帯血バンク          | <input type="checkbox"/> 中部さい帯血バンク          |
| <input type="checkbox"/> 東海大学さい帯血バンク        | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社近畿さい帯血バンク    |
| <input type="checkbox"/> 東海臍帯血バンク           | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社九州さい帯血バンク    |
| <input type="checkbox"/> 京阪さい帯血バンク          | <input type="checkbox"/> その他のさい帯血バンク        |
| <input type="checkbox"/> 兵庫さい帯血バンク          | <input type="checkbox"/> その他                |

一元管理番号

輸注開始日 (移植日) : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日



【前回の移植】 有 (以下をご記入ください) 無

【他施設での実施】 はい → 【前回移植施設】 (施設名 \_\_\_\_\_)  
いいえ (診療科名 \_\_\_\_\_)

【移植種類】 骨髄 (BMT)  
骨髄+末梢血 (BMT+PBSCT)  
末梢血 (PBSCT)  
臍帯血 (CBSCT)  
複数臍帯血 (MultiCBSCT)  
その他 (自由記載 \_\_\_\_\_)

【前回移植日】    年  月  日

《ドナー》 ドナー種類 自家 (autologous) 同種 (allogeneic) 同系 (Syngeneic)

以降の項目は、ドナー種類が「同種 (allogeneic)」の場合のみご記入ください

【同種】 血縁  
    ↳ 【血縁】 同胞  
          その他血縁者  
          ↳ 【血縁関係】 (詳細 \_\_\_\_\_)  
非血縁 (下記より選択)

- |   |   |
|---|---|
| 【バンク名】 <input type="checkbox"/> JMDP (JMDPを介した海外バンクを含む) | <input type="checkbox"/> 中国四国臍帯血バンク         |
| <input type="checkbox"/> 北海道臍帯血バンク                      | <input type="checkbox"/> 福岡県赤十字血液センター臍帯血バンク |
| <input type="checkbox"/> 宮城さい帯血バンク                      | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社北海道さい帯血バンク   |
| <input type="checkbox"/> 東京臍帯血バンク                       | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社関東甲信越さい帯血バンク |
| <input type="checkbox"/> 東京都赤十字血液センター臍帯血バンク             | <input type="checkbox"/> 中部さい帯血バンク          |
| <input type="checkbox"/> 神奈川臍帯血バンク                      | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社近畿さい帯血バンク    |
| <input type="checkbox"/> 東海大学さい帯血バンク                    | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社九州さい帯血バンク    |
| <input type="checkbox"/> 東海臍帯血バンク                       | <input type="checkbox"/> その他のさい帯血バンク        |
| <input type="checkbox"/> 京阪さい帯血バンク                      | <input type="checkbox"/> 臍帯血バンク (不明)        |
| <input type="checkbox"/> 兵庫さい帯血バンク                      | <input type="checkbox"/> その他                |

【再移植理由】 計画的移植 (Planned)  
再発 (Relapse)  
生着不全または拒絶 (Graft failure or rejection)  
二次性悪性腫瘍 (Second malignancy)  
    ↳ 診断日    年  月  日  
その他 (自由記載 \_\_\_\_\_)

一元管理番号

Grid for primary account number

輸注開始日 (移植日) : \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日



### 血型・HLA

患者

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

《血型》 ABO型 A B O AB  
Rh型 + -

【抗 HLA 抗体】 陽性 陰性 未検査  
→ 【ドナーの HLA に対する抗体】 有 無

《HLA (血清型)》

A	B	C	DR	DQ	DP

《HLA (遺伝子型)》

検査 有 (以下をご記入ください) 無

A	B	C	DRB1	DRB3/4/5

  

DQA1	DQB1	DPA1	DPB1





(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 version2.5 CRF

### 化学療法剤

骨髄破壊的移植  
(主治医判断)

はい

いいえ

RIST 理由 (複数可)

患者年齢

造血幹細胞移植歴

合併症

臨床試験

その他 (自由記載 \_\_\_\_\_)

使用有	使用薬剤	1日投与量	投与日数	総投与量	単位
<input type="checkbox"/>	CY	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	L-PAM	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	VP-16	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Flu	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	BU(経静脈)	【投与方法】 <input type="checkbox"/> 1回打ち <input type="checkbox"/> 4回打ち		日 =	<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
		【血中濃度測定による調整】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/>	CA (Ara-C)	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Cladribine	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	MCNU	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	CBDCA	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2

※以下はアルファベット順

使用有	使用薬剤	1日投与量	投与日数	総投与量	単位
<input type="checkbox"/>	ACNU	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	ADR	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2

(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 version2.5 CRF

使用有	使用薬剤	1日投与量	投与日数	総投与量	単位
<input type="checkbox"/>	ATG	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
		<b>【種類】</b>			<input type="checkbox"/> ゼットブリン <input type="checkbox"/> サイモグロブリン <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	BCNU	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Bexxar	×	日 =		<input type="checkbox"/> mCi <input type="checkbox"/> mBq
<input type="checkbox"/>	Bleomycin	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Campath	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	CCNU	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	CDDP	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Clofarabine	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Dexa	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2 <input type="checkbox"/> mg/body
<input type="checkbox"/>	Gemtuzumab	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Idarubicin	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	IFO	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	MIT	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Paclitaxel	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2
<input type="checkbox"/>	Rituximab	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m2



(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 version2.5 CRF

### 放射線

使用有		総線量	分割数 (照射回数)				
<input type="checkbox"/>	TBI	Gy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
			<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
			<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 不明
		<b>【卵巣遮蔽 ※患者が女性の時のみ】</b>	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/>	TAI	Gy	[ ]				回
<input type="checkbox"/>	TLI	Gy	[ ]				回
<input type="checkbox"/>	その他 (名称)	Gy	[ ]				回





