

一元管理番号							-					
--------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

輸注開始日（西暦）
（移植日）

年

 月

 日

輸注終了日（西暦）

年

 月

 日

移植登録一元管理プログラム TRUMP version2.5 対応

2021年 新規移植患者登録票

Case report form for transplants in 2021

移植情報

日本造血細胞移植データセンター (JDCHCT)

2021年1月8日

施設名	
診療科名	
(フリガナ) 移植担当医師名	()

<記入の際の留意点> …日付不明の場合は下記のようにご記入ください…

正確な「日付」が不明の場合は、

・上旬…5日 ・中旬…15日
 ・下旬…25日 ・不明…15日

「月」が不明の場合は、

・春…5/1 ・夏…8/1
 ・秋…11/1 ・冬…2/1 ・不明…1/1

(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。

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
卵巣組織凍結保存
その他(詳細 _____)

(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

《HCT-CI》

不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	無	未検査		有	無	未検査
脳血管障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	無	未検査		有	無	未検査
心臓弁疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	軽度の肝障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	無	未検査		有	無	未検査
中等度/重度の肝障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	無	未検査		有	無	未検査
炎症性腸疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肥満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	無	未検査		有	無	未検査
消化性潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精神疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	無	未検査		有	無	未検査
中等度の肺障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	重度の肺障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	無	未検査		有	無	未検査
中等度/重度の腎障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リウマチ性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
固形腫瘍の既往	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	有	無	未検査		有	無	未検査
その他	<input type="checkbox"/>	自由記載				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有	→				無	未検査

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
- 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 malign.)
 ↳ 診断日 年 月 日
その他 (自由記載 _____)

(施設自由使用欄)

一元管理番号

10-digit numeric input fields

輸注開始日 (移植日) : _____年 ____月 ____日



JDCHCT

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

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

《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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DQA1	DQB1	DPA1	DPB1	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(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

ドナー1

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 + -

《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

ドナー2

複数臍帯血(MultiCBSCT)の場合のみご記入ください

《血型》 ABO 型 A B O AB
Rh 型 + -

《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 はい いいえ
(主治医判断)

RIST 理由 (複数可)

- 患者年齢
- 合併症
- その他 (自由記載 _____)
- 造血幹細胞移植歴
- 臨床試験

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
		【種類】			
		<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 version 2.5 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"/>	Teniposide	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m ²
<input type="checkbox"/>	Thiotepa	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m ²
<input type="checkbox"/>	THP	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m ²
<input type="checkbox"/>	Treosulfan	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m ²
<input type="checkbox"/>	VCR	×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m ²
<input type="checkbox"/>	Zevalin	×	日 =		<input type="checkbox"/> mCi <input type="checkbox"/> mBq

<その他の放射線でラベルされたモノクローナル抗体>

使用有	名称	1日投与量	投与日数	総投与量	単位
<input type="checkbox"/>		×	日 =		<input type="checkbox"/> mCi <input type="checkbox"/> mBq

<その他のモノクローナル抗体>

使用有	名称	1日投与量	投与日数	総投与量	単位
<input type="checkbox"/>		×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m ²

<その他>

使用有	名称	1日投与量	投与日数	総投与量	単位
<input type="checkbox"/>		×	日 =		<input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> μg/kg <input type="checkbox"/> その他 ()

(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
		【卵巣遮蔽 ※患者が女性の時のみ】	<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

一元管理番号

輸注開始日(移植日): _____年__月__日



GVHD 予防

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

実施の有無

有 (以下をご記入ください) 無

使用有	使用薬剤	
<input type="checkbox"/>	ALG (day0 以降投与)	
<input type="checkbox"/>	ATG (day0 以降投与)	
<input type="checkbox"/>	Campath	
<input type="checkbox"/>	Corticosteroid (全身投与)	Corticosteroid (全身投与) 種類 (_____)
<input type="checkbox"/>	CyA	
<input type="checkbox"/>	Etanercept	
<input type="checkbox"/>	Tacrolimus	
<input type="checkbox"/>	Infliximab	
<input type="checkbox"/>	MMF	MMF 開始時投与量 <input type="text"/> mg/day
<input type="checkbox"/>	MTX	MTX 投与量 <input type="checkbox"/> Day1:15mg/m2, Day3:10mg/m2, Day6:10mg/m2 <input type="checkbox"/> Day1:15mg/m2, Day3:10mg/m2, Day6:10mg/m2, Day11:10mg/m2 <input type="checkbox"/> Day1:10mg/m2, Day3:7mg/m2, Day6:7mg/m2 <input type="checkbox"/> Day1:10mg/m2, Day3:7mg/m2, Day6:7mg/m2, Day11:7mg/m2 <input type="checkbox"/> Day1:5mg/m2, Day3:5mg/m2, Day6:5mg/m2 <input type="checkbox"/> Day1:5mg/m2, Day3:5mg/m2, Day6:5mg/m2, Day11:5mg/m2 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> 詳細
<input type="checkbox"/>	CY	CY 投与量 ※投与しなかったものは投与量"0"とご記入ください day3: <input type="text"/> mg/kg day4: <input type="text"/> mg/kg day5: <input type="text"/> mg/kg その他 <input type="text"/> 詳細
<input type="checkbox"/>	Sirolimus	
<input type="checkbox"/>	抗 CD25 抗体	
<input type="checkbox"/>	その他のモノクローナル抗体	モノクローナル抗体名称 (_____)
<input type="checkbox"/>	他	その他名称 (_____)
<input type="checkbox"/>	Extracorporeal photopheresis (ECP)	

幹細胞採取

臍帯血

《採取時有核細胞数》

凍結時(絶対数) × 10⁷ 個

凍結時 × 10⁷ 個/kg

【CFU-GM(絶対数)】 × 10³ 個

【CFU-GM】 × 10³ 個/kg

【CD34(絶対数)】 × 10⁵ 個

【CD34】 × 10⁵ 個/kg

臍帯血 2

複数臍帯血(MultiCBSCT)の場合のみご記入ください

《採取時有核細胞数》

凍結時(絶対数) × 10⁷ 個

凍結時 × 10⁷ 個/kg

【CFU-GM(絶対数)】 × 10³ 個

【CFU-GM】 × 10³ 個/kg

【CD34(絶対数)】 × 10⁵ 個

【CD34】 × 10⁵ 個/kg

骨髓液

【採取日】 年 月 日

【採取量】 ml

《採取有核細胞数》

採取時(絶対数) × 10¹⁰ 個

凍結時(絶対数) × 10¹⁰ 個

末梢血

【採取 CD34 陽性細胞(絶対数)】 × 10⁸ 個

以下は、ドナー種類が「自家(autologous)」の場合のみご記入ください

【Mobilization】 Chemo+G-CSF

G-CSF 単独

【モゾビルの使用】 有 無

(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 2.5 CRF

輸注細胞処理

以下 3 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

→ 赤血球除去 有 無

→ 血漿除去 有 無

→ T細胞除去 有 無

CD34 positive selection 有 無

その他の処理 有 無

→ (詳細 _____)

輸注細胞数 ※単位にご注意ください

【CD34 陽性細胞数】 × 10⁶ 個/kg

【有核細胞数】 × 10⁸ 個/kg

【輸注時検査なし】

生細胞率

【検査施行の有無】 有 (以下をご記入ください) 無



【生細胞率】 %

- 【検査方法】
- トリパンプルー [目視]
 - アクリジンオレンジ・エチジウムブロマイド [蛍光顕微鏡下目視]
 - 7-AAD, CD45 gate [FACS]
 - 7-AAD, CD34 gate [FACS]
 - 上記以外 (詳細 _____)