

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

輸注開始日（西暦） 年 月 日
 (移植日)

輸注終了日（西暦） 年 月 日

移植登録一元管理プログラム TRUMP version2.6 対応

2021年 新規移植患者登録票

Case report form for transplants in 2021

移植後情報

(移植後治療、フォローアップ情報)

日本造血細胞移植データセンター (JDCHCT)

2021年6月10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

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日(移植日) : _____年____月____日



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 _____)

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日(移植日) : _____年____月____日



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 $500/\mu\text{l}$ 以上が「到達」の場合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

腸管 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
腸管 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

(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

TRUMP version2.6 CRF

治療（外用剤のみでの治療を除く） 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 他（ 詳細 _____ ）

【開始日】 年 月 日

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
腸管 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

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
腸管 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 他（詳細 _____） なし

【開始日】 年 月 日

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
肝臟 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
腸管 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

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
腸管 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

テムセルの使用

□有 (→「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)

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)

MildModerateSevere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

部位

毛髪	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	眼	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	口腔	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
肺	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	肝	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	皮膚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 限局性
消化器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	生殖器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	関節障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 有	詳細					<input type="checkbox"/> 無	

転 帰 治癒 軽快するが残存 不变 悪化 評価不能治 療 有 無治療方法 Topical onlyCorticosteroid High dose corticosteroids ($\geq 2\text{mg/kg/day}$)CyA Corticosteroid + CyATacrolimus Corticosteroid + TacrolimusThalidomide その他 (詳細 _____)

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



CMV(予防・早期治療)

予防薬使用

【有無】 有 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ご記入下さい

【開始日】 □□□□ 年 □□□月 □□□日

【終了日】 □□□□ 年 □□□月 □□□日 (継続日数 □□□□ 日)

《CMV 予防使用製剤》

ホスカルネット 有 無 / ガンシクロビル(静注) 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 _____)

輸血ドナーの CMV 感染 すべて CMV 陰性ドナー一部 CMV 陰性ドナーすべてランダムドナー白血球除去フィルター すべて使用 一部使用 使用せずCMV 抗原血症 有 無 未検査

CMV 早期治療

【有無】 有 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ご記入ください

【治療開始日】 □□□□ 年 □□□月 □□□日

【治療終了日】 □□□□ 年 □□□月 □□□日

《CMV 早期治療使用製剤》

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 _____)

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日 (移植日) : _____ 年 _____ 月 _____ 日



CMV 感染症

発症の有無 有 (以下をご記入ください) 無

症状

症状	有無	診断日 (症状の有無で「有」を選択した場合のみ)
肺炎	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	□ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日
腸炎	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	□ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日
肝炎	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	□ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日
網膜炎	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	□ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日
その他 (部位 _____)	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	□ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日

治療 1

【開始日】 □ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日

【終了日】 □ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日

《CMV 治療使用製剤》

ホスカルネット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ガンシクロビル (静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
γグロブリン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
バルガンシクロビル (内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル (静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル (内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

名称 ↓

治療 2

【治療の有無】 有 (以下をご記入ください) 無 (- 治療 3 ~ 治療 5 の記入は不要です)

【開始日】 □ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日

【終了日】 □ □ □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日

《CMV 治療使用製剤》

ホスカルネット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ガンシクロビル (静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
γグロブリン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
バルガンシクロビル (内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル (静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル (内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

名称 ↓

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)

【開始日】□□□□ 年 □□ 月 □□ 日

【終了日】□□□□ 年 □□ 月 □□ 日

《CMV 治療使用製剤》

ホスカルネット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ガンシクロビル(静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
γグロブリン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
バルガンシクロビル(内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル(静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル(内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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)

【開始日】□□□□ 年 □□ 月 □□ 日

【終了日】□□□□ 年 □□ 月 □□ 日

《CMV 治療使用製剤》

ホスカルネット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ガンシクロビル(静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
γグロブリン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
バルガンシクロビル(内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル(静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル(内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

名称

治療 5

【治療の有無】 有 (以下をご記入ください)
無

【開始日】□□□□ 年 □□ 月 □□ 日

【終了日】□□□□ 年 □□ 月 □□ 日

《CMV 治療使用製剤》

ホスカルネット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ガンシクロビル(静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
γグロブリン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
バルガンシクロビル(内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル(静注)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
レテルモビル(内服)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

名称

転帰 軽快 悪化 不变 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

菌名・病原体名は正式名称をアルファベットでご記入ください

HHV6 脳炎

【有無】 有 (確定診断) 疑い 無→ 【発症日】 年 月 日→ 【治療】 有 無

→ 【薬剤 (複数選択可)】

 ガンシクロビル ホスカルネット その他 (名称 _____)

カンジダ血症

【有無】 有 無→ 【初回発症日】 年 月 日→ 【最終回発症日】 年 月 日→ 【感染症名 (複数選択可)】 下気道感染 (肺炎) 菌血症 隹膜炎・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 (肝脾腫瘍も含む) 副鼻腔感染 播種性感染 その他 (詳細 _____)→ 【菌名 (複数選択可)】 Parapsilosis Glabrata Albicans Tropicalis Krusei その他 (詳細 _____) 不明→ 【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 體膜炎・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 體膜炎・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"/> トリコスボロン
<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	<input type="checkbox"/> 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
 隹膜炎・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 (肝脾腫瘍も含む) 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)》 チグロブリン 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



[他の感染症 2]

【有無】 有 疑い 無 (→他の感染症 3~5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"/> トリコスボロン
<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"/> その他の細菌	<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
		<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
 隹膜炎・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 (肝脾腫瘍も含む) 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)》 アグロブリン 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



[他の感染症 3]

【有無】 有 疑い 無 (→他の感染症 4~5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"/> トリコスボロン
<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	<input type="checkbox"/> 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
 隹膜炎・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(肝脾腫瘍も含む) 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)》 アグロブリン 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



[他の感染症 4]

【有無】 有 疑い 無 (→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"/> トリコスボロン
<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"/> その他の細菌	<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
		<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
 隹膜炎・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(肝脾腫瘍も含む) 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)》 アグロブリン 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



【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"/> トリコスボロン
<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"/> その他の細菌	<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
		<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
 髓膜炎・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 (肝脾腫瘍も含む) 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)》 アグロブリン 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



さい帯血を介する感染症

【有無】 有 無

移植種類が「臍帯血 (CBSCT)」、「複数臍帯血 (MultiCBSCT)」、「その他」のいずれかの場合のみご記入ください

→ 【病原体名 (※アルファベットのみ TRUMP 入力可能)】

(詳細 _____)

テムセル治療開始後に新たに発症した感染症

- テムセルの使用が「有」の場合のみご記入ください。
- テムセル治療初日から、**テムセル治療開始 90 日後または死亡前日または追加全身治療開始前のうち最も早い日**までの間に、新たに発症した感染症にチェックを入れて下さい。^(注)

^(注) テムセル治療開始前に発症し、テムセル治療開始後もそのまま持続した感染症は除きます。但しテムセル治療開始前に一旦治癒し、テムセル治療開始後に再燃した感染症は対象に含めてください。

ニューモシスチス肺炎	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	細菌感染症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
深在性真菌感染症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	帯状疱疹	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
CMV 抗原血症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	CMV 感染症 (CMV 抗原血症を除く)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ADV 感染症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	BKV 感染症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
EBV 感染症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
その他感染症	<input type="checkbox"/> 有		感染症名		<input type="checkbox"/> 無

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)

【有無】 有 無

→ 【診断日】 □□□□ 年 □□□月 □□□日

→ 《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



SOS/VOD

【有無】 有 無

→ 《Modified Seattle 基準による SOS/VOD》

有無 有 無→ 診断日 年 月 日

→ 《EBMT 基準 (Baltimore 基準) による古典的 SOS/VOD》

有無 有 無→ 診断日 年 月 日

→ 《EBMT 基準による遅発性 SOS/VOD》

有無 有 無→ 診断日 年 月 日→ 《治療》 有無 有 (以下をご記入ください) 無

UDCA	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	rTM	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
Defibrotide	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	FFP	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
Heparin	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	LMWH	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
ATIII	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	tPA	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	<input type="checkbox"/> 有	→ 名称		<input type="checkbox"/> 無	

→ 【転帰】 軽快 悪化 不変 評価不能

中枢神経障害

【有無】 有 無→ 【発症日】 年 月 日

BO

【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



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 _____)

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日(移植日) : _____年____月____日



移植後の追加治療 ードナー細胞輸注・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 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 いいえその他の 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「慢性骨髓性白血病(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 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「慢性骨髓性白血病(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「慢性骨髓性白血病(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 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「慢性骨髓性白血病(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

DCI 後の急性 GVHD への テムセル 使用 有 無

ドナー細胞輸注（DCI）1回目～ドナー細胞輸注（DCI）4回目で

【急性 GVHD の最高 Grade】が「1」「2」「3」「4」のいずれか

もしくは「存在するが Grade は不明」だったときのみ回答してください

JAK2 阻害剤の使用

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「骨髓異形成症候群（MDS）」「骨髓増殖性腫瘍（MPN）」のいずれかで
かつ **診断時病型** の WHO2017 分類が「Primary myelofibrosis (PMF)」
- (2) 主疾患が「骨髓異形成症候群（MDS）」「骨髓増殖性腫瘍（MPN）」のいずれかで
かつ **移植時病型** の WHO2017 分類が「Primary myelofibrosis (PMF)」

【使用の有無】 有 無

《JAK2-V617F 変異》

有無 有 無 未検査▶ 最終評価日 年 月 日

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) 一疾患に対する計画的な治療

計画的な治療 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
オファツムマブ	<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
ペムプロリズマブ	<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》

ルキソリチニブ	<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
デシタビン	<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》

ボリノスタッツ	<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 (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
オファツムマブ	<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

《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
デシタビン	<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》

ボリノスタット	<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

《JAK2 阻害剤》

ルキソリチニブ	<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

《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(3) 一再発／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
オファツムマブ	<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

《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
デシタビン	<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》

ボリノスタット	<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

《JAK2 阻害剤》

ルキソリチニブ	<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

《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



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:不变・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「急性骨髓性白血病(AML)」「急性リンパ性白血病(ALL)」「慢性骨髓性白血病(CML)」「骨髓異形成症候群(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 睾丸 皮膚
その他 (詳細 _____)

《再発様式》

Clinical/Hematological ※骨髓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) 多発性骨髓腫 (形質細胞骨髓腫)
- (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「多発性骨髓腫 (形質細胞骨髓腫)」

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



このページは、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) 主疾患名が「慢性骨髓性白血病（CML）」
- (2) 主疾患名が「急性リンパ性白血病（ALL）」かつ診断時染色体異常が「t(9;22)」

移植後 BCR-ABL 検査

【有無】 有 無

変化の確認された最初の検査日をご記入ください

→ 【検査結果】	<input type="checkbox"/> 陰性化 <input type="checkbox"/> 陽性化	【検査日】	□□□□ 年 □□□□ 月 □□□□ 日
	□移植前と変わらず		
→ 【BCR-ABL 値】	<input type="text"/> copy/μgRNA		
→ 【検査会社】	<input type="checkbox"/> BML <input type="checkbox"/> SRL <input type="checkbox"/> 三菱化学 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> その他 (詳細 _____)		
→ 【検査法】	<input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> 定性 PCR <input type="checkbox"/> AMP-PCR <input type="checkbox"/> その他 (詳細 _____)		

移植後 ABL 遺伝子変異検査

【有無】 未実施 変異あり 変異なし

→ 【検査日と変異の種類】

詳細

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日(移植日) : _____年____月____日



二次癌・晚期障害

二次癌

《PTLD》 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

晚期障害

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

(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 version2.6 CRF

《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

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日(移植日) : _____年____月____日



経過情報

調査年 年KS 100 90 80 70 60 50
 40 30 20 10 不明身長／体重 **【計測日】** 年 月 日**【身長】** cm **【体重】** kg

以下、主疾患：先天性代謝異常／疾患名：副腎白質ジストロフィーの場合のみ各項目の検査の有無をご記入ください

検査項目	検査の有無	
MRI Loes score	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【計測値】 <input type="text"/> ※0~34、0.5刻みの数値で記入
ALD DRS	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【計測値】 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
全 IQ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【計測値】 <input type="text"/>
言語性 IQ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【計測値】 <input type="text"/>
動作性 IQ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【計測値】 <input type="text"/>
極長鎖 脂肪酸値	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【計測値】 <input type="checkbox"/> C26:0 <input type="checkbox"/> C22:0
視力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【左視力】 <input type="text"/> 【右視力】 <input type="text"/>
歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【計測日】 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 【計測値】 <input type="checkbox"/> 自力歩行可 <input type="checkbox"/> 介助歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行不可

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日(移植日) : _____年____月____日



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)

《主》	《副》		《主》	《副》	
		拒絶・生着不全			ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome)
		間質性肺炎以外の感染症			急性GVHD
		細菌性			慢性GVHD
		真菌性			VOD
		ウイルス性			TMA
		原虫性			
		その他(感染症の種類について記入) 詳細			原疾患の再発・増悪
					二次性悪性腫瘍
					出血
					外因死(自殺・事故含む)
					臓器不全
		病原菌不明			肝臓(VODを除く)
		間質性肺炎			心臓・心筋症
		ウイルス性(CMV)			肺
		ウイルス性(その他) 詳細(ウイルスの種類について記入)			中枢神経
					腎臓
					その他(多臓器不全・臓器名などを記入) 詳細
		カリニ			
		特発性(非感染性肺障害をすべて含む)			その他
		その他(病原体名などを記入) 詳細			その他(死因を具体的に記入) 詳細
			(選択不可)		なし

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→ 【ドナー種類】 非血縁 血縁 自家 同系

一元管理番号 | | | | | | | | | | | |

輸注開始日(移植日) : _____年____月____日

**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】

(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 version2.6 CRF

総括コメント

TRUMP へ転記の際は、個人情報を入力しないようご注意ください。