

群馬大学医学部附属病院
先端医療開発センター 宛
TEL 027-220-8347

< 発信医療機関 >

所在地

名称

TEL

FAX

診療科

医師名

○サンプル検体を確認後1~2週間で
検体の適否をFAXにてご連絡致します

連絡担当者名

がんゲノム外来 申込書

申込日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 固形がん		<input type="checkbox"/> 血液がん (造血器腫瘍)			
フリガナ			性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	
氏名	旧姓					年 月 日	
住所	〒			電話番号	() -		
				携帯番号			
保険者番号	区分	本人・家族	公費負担者番号				
記号・番号	・		公費受給者番号				
資格取得日	割合 割合		有効期限		～		
群大病院受診歴	有 (年前) ・ 無 ・ 不明 (群大ID:)		労災認定		有 ・ 無		
貴院に入院中ですか はい (月 日退院予定) ・ いいえ							

※本様式は医療機関が記入し他の必要書類と一緒に、追跡可能なレターパック等で送付してください。

※がんゲノム外来 13:00~15:00 月曜日・火曜日のみ
(予約日が決まりましたら、当院から紹介元病院に連絡いたします)

■がん遺伝子パネル検査提出（新鮮検体）用チェックリスト

病院名			
診療科		担当医	

希望される提出検体に○をつけ、直近の腫瘍細胞比率をご記載ください

	血液採取（末梢血中腫瘍細胞比率	%	日付	年	月	日）
	骨髄採取（骨髄中腫瘍細胞比率	%	日付	年	月	日）

※ 必ずご記載ください。MDS、MPN では100%とご記載ください。

基本情報

フリガナ 患者氏名	
性別	男性 女性
生年月日・年齢	西暦 年 月 日 歳
臨床診断	WHO 分類を用いて正確にご記載ください
末梢血/骨髄塗沫標本所見	自由記載、もしくは紹介状に塗沫所見・病理所見を添付 疾患が悪性リンパ腫であり骨髄浸潤がない場合は省略可
FCM	自由記載、もしくは紹介状に直近の FCM を添付
G-band	自由記載、もしくは紹介状に直近の G-band を添付
診断時血算 （白血球分画、網赤血球含む）	紹介状に添付をお願いします
診断時骨髄	紹介状に、塗沫所見、病理所見の添付をお願いします

以下を確認し□にチェック【✓】を入れて下さい

- 患者ががん遺伝子パネル検査の適応を満たしている。
- 入院中の患者ではない。

検査に必要な添付資料 以下を確認し□にチェック【✓】を入れてください。

- がんゲノム外来 申込書 【様式 1】
- 診療情報提供書
- 資料（実施された画像検査や血液検査など）
- C-CAT 入力情報【様式 19】
- 看護情報提供書（任意）【様式 6】
- がん遺伝子パネル検査提出（新鮮検体）用チェックリスト【様式 17-2】

※上記をすべて同封の上、追跡可能な方法（レターパックなど）で送付してください。

C-CAT入力情報（血液がん）

【 患者基本情報 】 ※ 全患者共通

貴施設名	
患者名	
担当医名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 年 月 日
年齢	歳
これまでC-CATへの登録の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
→過去の登録がある場合 過去の登録ID（10桁）	※重複がんや別施設による再検査の場合 例) EC00000523
症例関係区分	<input type="checkbox"/> 重複がん <input type="checkbox"/> 前医からの転院フォロー <input type="checkbox"/> 前医実施後再検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
小児がん等	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
がん種区分第1～7階層	Haematopoietic (WHO_HP)

【 患者背景情報 】 ※ 全患者共通

病理診断名	
診断日	西暦 年 月 日 ※当該腫瘍の初回治療前に診断のために行われた検査のうち、 がんと診断する根拠となった検査が行われた日をご記載ください。
喫煙歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
喫煙年数	喫煙年数 年
1日の本数	1日 本
アルコール多飲の有無 ※(注)表 参照	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明
重複がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 不明
重複がんの詳細	<input type="checkbox"/> 固形がん <input type="checkbox"/> 血液がん <input type="checkbox"/> 不明
重複がんの発症年齢	歳
重複がんの部位 (固形がん) ※がん種区分がん種リスト 参照	<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 食道/胃 <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> ファーター膨大部 (ファーター乳頭部) <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱/尿路 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 外陰部/膣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ球系 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他 ()
重複がんの診断名 (血液がん) ※造血器腫瘍の疾患分類を参照	()
治療関連腫瘍 (パネルの対象となった造血器腫瘍 の原因として、重複がんに対する治療 が関連しているか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
治療関連腫瘍に該当する場合、 重複がんに対する治療	<input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> いずれもなし
先行疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
先行疾患の詳細 ※先行疾患ありの場合	<input type="checkbox"/> 血液がん (病型移行) <input type="checkbox"/> 小児基礎疾患 <input type="checkbox"/> 再生不良性貧血 <input type="checkbox"/> 不明
先行疾患が血液がん の場合の診断名 ※造血器腫瘍の疾患分類を参照	()
先行疾患が小児基礎疾患 の場合の診断名	()

がんの家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	※『有』の場合、続柄・がん種・罹患年齢を記載してください。→例：母、乳がん、50歳

※アルコール多飲(酒)の定義

常習的に1日に平均純アルコールで約60gを越え多量に飲酒する場合を、多飲(酒)であるとする。

(注)主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール	清酒	ウイスキー・ブランデー	焼酎(35度)	ワイン
	中瓶3本 500ml/本	3合 180ml/合	ダブル3杯 60ml/杯	1合 180ml/合	5杯 120ml/杯
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	60g	66g	60g	50g	60g

※上記「健康日本21(アルコール)」より引用改変。厚生労働省ホームページ

【 がん種情報 AML MDS MPN CML 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

入力必須	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明	

入力必須	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	不明
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

入力必須	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/>	未確認
	HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他
HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/>	不明	

須

HBV

陽性

陰性

既感染

未確認

	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認
--	-----	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

該当する1疾患のチェックボックスを入力	MDS・MPN						
	IPSS-R (MDS)	<input type="checkbox"/> Very Low	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> Very High	<input type="checkbox"/> 不明
	赤血球輸血依存	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	血小板輸血依存	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	AML						
	FAB分類	<input type="checkbox"/> M 0	<input type="checkbox"/> M 1	<input type="checkbox"/> M 2	<input type="checkbox"/> M 3	<input type="checkbox"/> M 4	<input type="checkbox"/> M 5
		<input type="checkbox"/> M 6	<input type="checkbox"/> M 7	<input type="checkbox"/> 不明			
	MPN						
	脾腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	骨髄検査・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CML						
	病期	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> BP	<input type="checkbox"/> 不明		

	骨髄系 (遺伝子)						
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)		
		<input type="checkbox"/> サザンプロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(15;17)(q24;q21) PML/RARA	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(8;21)(q22;q22) RUNX1/RUNX1T1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	inv(16)(p13.1q22) CBFB/MYH11	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(3;21)(q26;q22) RUNX1/MECOM	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(6;9)(p22;q34) DEK/NUP214	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(9;11)(p21;q23) MLLT3/KMT2A	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	t(6;11)(q27;q23) AFDN/KMT2A	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
t(11;19)(q23;p13.3) KMT2A/MLLT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				

入力必須

t(4;11)(q21;q23) KMT2A/AFF1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
t(11;16)(q23.3;p13.3) KMT2A/CREBBP	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
MLL 転座(11q23)転座	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
t(1;19)(q23;p13) TCF3/PBX1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
inv(3)(q21.3q26.2), t(3;3)(q21.3;q26.2) RPN1, MECOM	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
ABL1 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
FIP1L1/PDGFR	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
FLT3-ITD	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
FLT3-TKD	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
NPM1 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
CSF3R 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
IDH1 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
IDH2 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
JAK2 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
MPL 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
CALR 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
KIT 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
TP53 変異	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
-5/del(5q)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
-7/del(7q)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
+8	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
del(20q)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
+12	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
del(17p)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須

骨髄系 (表面マーカー)	
細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
CD33	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

【 がん種情報 ALL AUL 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他	

入力

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認

入力必須	ALL・AUL (髄外病変)			
	縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	中枢神経浸潤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	清掃浸潤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	ALL (遺伝子)			
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法 <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子) <input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	高二倍体(>染色体 50 本)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	一倍体(染色体 24-31 本)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	低二倍体(染色体 32-44 本)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	iAMP21	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(12;21):ETV6-RUNX1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(1;19):TCF3-PBX1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(9;22):BCR-ABL1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
KMT2A (MLL) 再構成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	

入力必須	ALL (表面マーカー)			
	細胞表面マーカーまたは病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	細胞表面マーカーまたは病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	CD22	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

【 がん種情報 HL 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
入力	HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明	
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染	<input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	

入力必須	HL					
	GHSB	<input type="checkbox"/> Early	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Advanced	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨大縦隔腫瘍 (胸郭横径比 $\geq 1/3$)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	血沈亢進(mm/h) ≥ 30 (B)または ≥ 50 (A)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	病変(リンパ節領域)数 ≥ 3 個	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
IPS	<input type="checkbox"/> 0	<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"/> 不明			

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日(末梢血検査)	西暦	年	月	日
	Ca		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	LDH		U/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	BUN		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	Alb		g/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
	siL-2R		U/mL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:
B2MG		mg/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	

入力必須	遺伝子検査	診断時に行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR(キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR(キメラ遺伝子)	
		<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
	t(14;18):IGH-BCL2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	t(8;14):IGH-MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
3q27 split:BCL6	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			

	t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	18q21 split: MALT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	2q23 split:ALK	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	del(17p):TP53	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	表面マーカー					
	細胞表面マーカーまたは病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	細胞表面マーカーまたは病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD25	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD30	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
CCR4	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			

【 がん種情報 B-cell lymphoma 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		$\times 10^3 / \mu\text{L}$	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		$\times 10^4 / \mu\text{L}$	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		$\times 10^4 / \mu\text{L}$	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		$\times 10^4 / \mu\text{L}$	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他	

入力

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明	
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染	<input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	

入力必須	NHL					
	Lugano (Ann Arbor) 分類 病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV	<input type="checkbox"/> 不明
	B症状 (B)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	Bulky 病変 (X)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	隣接節外病変 (E)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	Lugano (消化管原発) 分類 病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV	<input type="checkbox"/> 不明
	節外病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変数≥2 個	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(骨髄)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(CNS)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(肝臓/消化管)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(肺)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(腎臓)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(副腎)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(乳房)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(精巣)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(眼窩)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(副鼻腔)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(末梢血)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Low Int	<input type="checkbox"/> High Int	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明

	DLBCL					
	NCCN-IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Low Int	<input type="checkbox"/> High Int	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明
	FL					

該当する1疾患のチェックボックスを入力

FLIPI2	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
最大のリンパ節病変の長径>6cm	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
腫瘍量 (GELF基準)	<input type="checkbox"/> 高腫瘍量	<input type="checkbox"/> 低腫瘍量	<input type="checkbox"/> 不明			
MCL						
Simplified MIPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
MALT						
MALT-IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
WM・LPL						
ISSWM	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明		
CLL						
Rai分類	<input type="checkbox"/> stage 0	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 3	<input type="checkbox"/> stage 4	<input type="checkbox"/> 不明
Binet分類	<input type="checkbox"/> stage A	<input type="checkbox"/> stage B	<input type="checkbox"/> stage C	<input type="checkbox"/> 不明		
IGHV変異の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
CLL-IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> Very High	<input type="checkbox"/> 不明	

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ				
	検体採取日 (末梢血検査)	西暦	年	月	日	
	Ca		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	LDH		U/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	BUN		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	Alb		g/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	siL-2R		U/mL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	B2MG		mg/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	

	遺伝子検査	診断時に行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)		

入力必須	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	t(14;18):IGH-BCL2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(8;14):IGH-MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	3q27 split:BCL6	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	18q21 split: MALT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	2q23 split:ALK	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	del(17p):TP53	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	表面マーカー					
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD25	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	CD30	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
CCR4	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			

【 がん種情報 T-cell lymphoma 】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
入力	HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明	
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染	<input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	

入力必須	NHL					
	Lugano (Ann Arbor) 分類 病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV	<input type="checkbox"/> 不明
	B症状 (B)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	Bulky 病変 (X)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	隣接節外病変 (E)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	Lugano (消化管原発) 分類 病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV	<input type="checkbox"/> 不明
	節外病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変数 \geq 2 個	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(骨髄)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(CNS)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(肝臓/消化管)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(肺)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(腎臓)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(副腎)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(乳房)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(精巣)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(眼窩)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(副鼻腔)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	節外病変(末梢血)の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	IPI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Low Int	<input type="checkbox"/> High Int	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明

	PTCL				
	PIT	<input type="checkbox"/> Group1	<input type="checkbox"/> Group2	<input type="checkbox"/> Group3	<input type="checkbox"/> Group4

該当する1疾患のチェックボックスを入力

ENKTL					
PINK	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明	
原発巣	<input type="checkbox"/> 鼻	<input type="checkbox"/> 鼻以外	<input type="checkbox"/> 不明		
遠隔リンパ節病変 (領域リンパ節以外)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
ATL					
JCOG分類	<input type="checkbox"/> 急性型	<input type="checkbox"/> リンパ腫型	<input type="checkbox"/> 慢性型	<input type="checkbox"/> くすぶり型	<input type="checkbox"/> 不明
ATL-PI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明	
Simplified iATL-PI	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> High	<input type="checkbox"/> 不明	
MF・SS					
TNM 分類_T	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> 不明
TNM 分類_N	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N3	<input type="checkbox"/> Nx <input type="checkbox"/> 不明
TNM 分類_M	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
TNM 分類_B	<input type="checkbox"/> B0	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> 不明	
TNM 分類_病期	<input type="checkbox"/> stage 1	<input type="checkbox"/> stage 2	<input type="checkbox"/> stage 3	<input type="checkbox"/> stage 4	<input type="checkbox"/> 不明

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ				
	検体採取日 (末梢血検査)	西暦	年	月	日	
	Ca		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	LDH		U/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	BUN		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	Alb		g/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	siL-2R		U/mL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	
	B2MG		mg/L	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値:	

入	遺伝子検査	診断時にを行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
	遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)	
		<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
	t(14;18):IGH-BCL2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		

力 必 須	t(8;14):IGH-MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	3q27 split:BCL6	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	18q21 split: MALT1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	2q23 split:ALK	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	del(17p):TP53	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明

入 力 必 須	表面マーカー				
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	細胞表面マーカーまたは 病理組織免疫染色実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	CD19	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	CD20	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	CD25	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	CD30	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
CCR4	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		

【がん種情報 Myeloma】

※ 該当するがん種のシートをご入力ください。

※ ご不明な点は、がんゲノム医療コーディネーターにご連絡ください

	末梢血検査	診断のために行った末梢血検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（末梢血検査）	西暦	年	月	日
入力必須	白血球		×10 ³ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	異型リンパ球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好中球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	好酸球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤芽球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	骨髄球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	単球		%	<input type="checkbox"/>	不明
	赤血球		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	ヘモグロビン		g/dL	<input type="checkbox"/>	不明
	血小板		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	網状赤血球		%	<input type="checkbox"/>	不明

	骨髄検査	診断のために行った骨髄検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日（骨髄検査）	西暦	年	月	日
入力必須	骨髄生検の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄生検・細胞密度	<input type="checkbox"/> 過形成	<input type="checkbox"/> 正形性	<input type="checkbox"/> 低形成	<input type="checkbox"/> 不明
	骨髄生検・繊維化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄系・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	赤芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	巨核芽球・異形成	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
	有核細胞数		×10 ⁴ /μL	<input type="checkbox"/>	不明
	巨核球数		/mL	<input type="checkbox"/>	不明
	芽球・腫瘍細胞		%	<input type="checkbox"/>	不明

	ウイルス感染				
	HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認	
HTLV-1の確認方法	<input type="checkbox"/> 抗体検査	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> その他	

入力

必須	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 不明
	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 未確認
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未確認

入力必須	PCN						
	MGUS	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	くすり型骨髄腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	節外病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	中枢浸潤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	ALアミロイドーシス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	免疫グロブリン沈着	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	血清・尿中M蛋白	<input type="checkbox"/> IgG-κ	<input type="checkbox"/> IgG-λ	<input type="checkbox"/> IgA-κ	<input type="checkbox"/> IgA-λ	<input type="checkbox"/> IgD-κ	<input type="checkbox"/> IgD-λ
		<input type="checkbox"/> IgE-κ	<input type="checkbox"/> IgE-λ	<input type="checkbox"/> IgM-κ	<input type="checkbox"/> IgM-λ	<input type="checkbox"/> BJP-κ	<input type="checkbox"/> BJP-λ
		<input type="checkbox"/> 未検出	<input type="checkbox"/> 不明				
	IgD値			mg/dL			
	CRAB 高カルシウム血症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CRAB 腎不全	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CRAB 貧血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
	CRAB 骨病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
SLiM 骨髄中クローナル形質細胞≥60%	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				
SLiM FLC比≥100	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				
SLiM MRIで2カ所以上の骨病変	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				

入力必須	生化学検査	診断のために行った生化学検査の検体採取時のデータ			
	検体採取日 (末梢血検査)	西暦	年	月	日
	Ca			mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明 施設上限値 :
	Cr			mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明 施設上限値 :
	Alb			g/dL	<input type="checkbox"/> 不明 施設上限値 :
B2MG			mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明 施設上限値 :	

	IgG		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値：
	IgA		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値：
	IgM		mg/dL	<input type="checkbox"/> 不明	施設上限値：

入力必須

遺伝子検査	診断時に行った遺伝子検査の検体採取時のデータ				
遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
遺伝子検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
遺伝子検査の種類	<input type="checkbox"/> G分染法	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)		<input type="checkbox"/> PCR (キメラ遺伝子)
	<input type="checkbox"/> サザンブロット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
17p-	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
t(4;14):IGH-FGFR3/NSD2	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
t(14;16):IGH-MAF	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
t(11;14):IGH-CCND1	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
8q24 split:MYC	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
1q+	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		

【 これまでの治療歴(EP前) 】

※ 全患者共通

治療 ライン 1	治療実施の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 医師主導治験 (<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療)	
	承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する					
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療	<input type="checkbox"/> 不明	
	治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞(自家・同種)移植	<input type="checkbox"/> 不明)
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設					
	レジメン名							
	薬剤名							
	レジメン名/内容変更情報							
	投与開始日	西暦	年	月	日			
	投与終了日	西暦	年	月	日			
	増悪確認日	西暦	年	月	日			
	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)						
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明						
	AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRi <input type="checkbox"/> CRh <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明						
		・ 好中球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明						
		・ 血小板 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input checked="" type="checkbox"/> 不明						
	MF (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> No Response <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR <input type="checkbox"/> CCyR <input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0) <input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5) <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	NHL・HL PETあり (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRu <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	CLL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VGPR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
	移植実施日	西暦	年	月	日			
	移植種類	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種 <input type="checkbox"/> 不明						
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞 <input type="checkbox"/> 臍帯血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明							
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者 <input type="checkbox"/> 非血縁者 <input type="checkbox"/> 不明							
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目以上 <input type="checkbox"/> 不明							
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日				
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel <input type="checkbox"/> Axi-cel <input type="checkbox"/> Liso-cel <input type="checkbox"/> Ide-cel <input type="checkbox"/> Cilta-cel <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明							
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載 ※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載 ・ 有害事象 ・ 発現日 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明							
治療	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他 ()						

※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。

承認薬併用試験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する				
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療	<input type="checkbox"/> 不明
治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞（自家・同種）移植	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他	()		<input type="checkbox"/> 不明
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設				
レジメン名						
薬剤名						
レジメン名/内容変更情報						
投与開始日	西暦	年	月	日		
投与終了日	西暦	年	月	日		
増悪確認日	西暦	年	月	日		
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)					
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止		
	<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明				
AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRi	<input type="checkbox"/> CRh	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> Failure	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> その他	()			
MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
MF (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()			
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> No Response	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/>		
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR	<input type="checkbox"/> CCyR	<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0)	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5)	<input type="checkbox"/> Failure	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> その他	()			
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()			
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRu	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> RD
	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 不明		
CLL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> その他	()			
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> VGPR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD
	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 不明	
移植実施日	西暦	年	月	日		
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家	<input type="checkbox"/> 同種	<input type="checkbox"/> 不明			
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	<input type="checkbox"/> 臍帯血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者	<input type="checkbox"/> 非血縁者	<input type="checkbox"/> 不明			
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上	<input type="checkbox"/> 不明		
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日		
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel	<input type="checkbox"/> Axi-cel	<input type="checkbox"/> Liso-cel	<input type="checkbox"/> Ide-cel	<input type="checkbox"/> Cilta-cel	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> その他	()			
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載					
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載					
	・ 有害事象					
	・ 発現日	西暦	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明		
治療方針	<input type="checkbox"/> 企業試験	<input type="checkbox"/> 医師主導試験	<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療	
	<input type="checkbox"/> その他	()			
承認薬併用試験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する				
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療	<input type="checkbox"/> 不明

治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞（自家・同種）移植	
	<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 不明	
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設				
レジメン名						
薬剤名						
レジメン名/内容変更情報						
投与開始日	西暦	年	月	日		
投与終了日	西暦	年	月	日		
増悪確認日	西暦	年	月	日		
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)					
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止		
	<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明				
AML・ALL（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRi	<input type="checkbox"/> CRh	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> Failure	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
MDS（最良血液学的改善）	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
MF（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
ET・PV（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> No Response	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
CML（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CHR	<input type="checkbox"/> CCyR	<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0)	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5)	<input type="checkbox"/> Failure	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
NHL・HL（PET有無）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり （最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
NHL・HL PETなし （最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRu	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
CLL（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
MM（最良総合効果）	<input type="checkbox"/> sCR	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> VGPR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	
	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明
移植実施日	西暦	年	月	日		
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家	<input type="checkbox"/> 同種	<input type="checkbox"/> 不明			
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	<input type="checkbox"/> 臍帯血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
ドナー（由来）	<input type="checkbox"/> 血縁者	<input type="checkbox"/> 非血縁者	<input type="checkbox"/> 不明			
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上	<input type="checkbox"/> 不明		
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日		
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel	<input type="checkbox"/> Axi-cel	<input type="checkbox"/> Liso-cel	<input type="checkbox"/> Ide-cel	<input type="checkbox"/> Cilta-cel	
	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明	
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載					
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載					
	・ 有害事象					
	・ 発現日	西暦	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明		
治療ライン4	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験	<input type="checkbox"/> 医師主導治験	<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	
		<input type="checkbox"/> その他	()
	承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない		<input type="checkbox"/> 該当する		
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療
	<input type="checkbox"/> 不明					
治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞（自家・同種）移植	
	<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他	() <input type="checkbox"/> 不明
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設				
レジメン名						
薬剤名						
レジメン名/内容変更情報						
投与開始日	西暦	年	月	日		

投与終了日	西暦	年	月	日	
増悪確認日	西暦	年	月	日	
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)				
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明				
AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRi <input type="checkbox"/> CRh <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明				
	・ 好中球 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明				
	・ 血小板 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 評価対象外 <input type="checkbox"/> 不明				
MF (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> No Response <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR <input type="checkbox"/> CCyR <input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0) <input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5) <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRu <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
CLL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VGPR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
移植実施日	西暦	年	月	日	
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種 <input type="checkbox"/> 不明				
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞 <input type="checkbox"/> 臍帯血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明				
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者 <input type="checkbox"/> 非血縁者 <input type="checkbox"/> 不明				
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目以上 <input type="checkbox"/> 不明				
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日	
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel <input type="checkbox"/> Axi-cel <input type="checkbox"/> Liso-cel <input type="checkbox"/> Ide-cel <input type="checkbox"/> Cilta-cel <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載 ※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載 ・ 有害事象 ・ 発現日 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明				
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。					
治療ライン5	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治療 <input type="checkbox"/> 医師主導治療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	承認薬併用試験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する			
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療 <input type="checkbox"/> 不明			
	治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞 (自家・同種) 移植 <input type="checkbox"/> CAR-T療法 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明			
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設			
	レジメン名				
	薬剤名				
	レジメン名/内容変更情報				
	投与開始日	西暦	年	月	日
	投与終了日	西暦	年	月	日
増悪確認日	西暦	年	月	日	
継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)				
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明				
AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> CRi <input type="checkbox"/> CRh <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				

MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
MF (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明	
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> No Response	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明	
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR	<input type="checkbox"/> CCyR	<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0)	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5)	<input type="checkbox"/> Failure	
	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明	
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
NHL・HL PETあり (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明	
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRu	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD	
	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明	
CLL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明	
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> VGPR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	
	<input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明
移植実施日	西暦	年	月	日		
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家	<input type="checkbox"/> 同種	<input type="checkbox"/> 不明			
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	<input type="checkbox"/> 臍帯血	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者	<input type="checkbox"/> 非血縁者	<input type="checkbox"/> 不明			
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上	<input type="checkbox"/> 不明		
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日		
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel	<input type="checkbox"/> Axi-cel	<input type="checkbox"/> Liso-cel	<input type="checkbox"/> Ide-cel	<input type="checkbox"/> Cilta-cel	
	<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明	
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載					
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載					
	・ 有害事象					
	・ 発現日	西暦	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明		
治療ライン6	治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験	<input type="checkbox"/> 医師主導治験	<input type="checkbox"/> 先進医療	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療
		<input type="checkbox"/> その他	()			
	承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する			
	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療
		<input type="checkbox"/> 不明				
	治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法	<input type="checkbox"/> 放射線療法	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 造血幹細胞 (自家・同種) 移植
		<input type="checkbox"/> CAR-T療法	<input type="checkbox"/> その他	()		
		<input type="checkbox"/> 不明				
	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設	<input type="checkbox"/> 他施設			
	レジメン名					
	薬剤名					
	レジメン名/内容変更情報					
	投与開始日	西暦	年	月	日	
	投与終了日	西暦	年	月	日	
	増悪確認日	西暦	年	月	日	
	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中 (該当すればチェック)				
	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止	
		<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明			
	AML・ALL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> CRi	<input type="checkbox"/> CRh	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> Failure
		<input type="checkbox"/> その他	()			<input type="checkbox"/> 不明
MDS (最良血液学的改善)	・ 赤血球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 好中球	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	
	・ 血小板	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 評価対象外	<input type="checkbox"/> 不明	

MF (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> SD)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
ET・PV (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> No Response)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
CML (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CHR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> CCyR (<input type="checkbox"/> MMR (MR 3.0))	<input type="checkbox"/> DMR (MR 4.5) <input type="checkbox"/> Failure <input type="checkbox"/> 不明
NHL・HL (PET有無)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
NHL・HL PETあり (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> SD)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
NHL・HL PETなし (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> CRu (<input type="checkbox"/> PR)	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> 不明
CLL (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> PR (<input type="checkbox"/> SD)	<input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
MM (最良総合効果)	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> VGPR (<input type="checkbox"/> PR) <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> 不明
移植実施日	西暦	年	月	日
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家	<input type="checkbox"/> 同種	<input type="checkbox"/> 不明	
移植ソース	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	<input type="checkbox"/> 臍帯血	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ドナー (由来)	<input type="checkbox"/> 血縁者	<input type="checkbox"/> 非血縁者	<input type="checkbox"/> 不明	
移植回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上	<input type="checkbox"/> 不明
CAR-T療法・輸注実施日	西暦	年	月	日
CAR-T細胞種類	<input type="checkbox"/> Tisa-cel <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> Axi-cel (<input type="checkbox"/> Liso-cel)	<input type="checkbox"/> Ide-cel <input type="checkbox"/> Cilta-cel <input type="checkbox"/> 不明
Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 下記に有害事象名と発現日を記載			
※Grade3以上の血液毒性は必須ではありません。	※CTCAE v5.0有害事象の基準を参照、最悪Gradeを記載			
	・ 有害事象			
	・ 発現日			
	西暦	年	月	日
	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明

宛名ラベルとしてご利用ください。

ご郵送の際は、追跡可能な方法（レターパック等）でお願いしま
す。

〒371-8511

群馬県前橋市昭和町3-39-15

群馬大学医学部附属病院

先端医療開発センター（がんゲノム外来） 行

027-220-8347

取扱注意