施設名 　　　　　　 　　　　　　　　　　 　記入者

**★　それぞれ\_\_\_に記入、□にチェック、（　）内の項目を○で囲むようお願いいたします。**

**★　わからない場合「不明」、検査などを行っていない場合「未検」とご記入ください。**

**●患者プロフィール**

診断時年齢 　　 　歳　 生年月日　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日

性別　　□ 男　　　□ 女

血液腫瘍の家族歴　□ なし　　□ あり 🡪 　□ ＷＭ　□ その他：

ＥＣＯＧ-ＰＳ（診断時）（　０　・　１　・　２　・　３　・　４　）

●**腫瘍関連症状（診断時）**

Ｂ症状　　　　　 　　　　　□ なし　　□ あり　🡪（　発熱　・　体重減少　・　盗汗　）

過粘稠症状 　　　　　 □ なし □ あり

中枢神経症状　　　　　　　　 □ なし　　□ あり

眼症状　　　　　　　　　　　 □ なし　　□ あり

末梢神経障害 　　　　　 □ なし □ あり

出血傾向　　　　　　　　　　 □ なし　　□ あり

アミロイドーシス　　　　　　 □ なし　　□ あり

クリオグロブリン血症 □ なし　　□ あり

溶血性貧血 □ なし　　□ あり

　寒冷凝集素症　　　　　　　 □ なし　　□ あり

　温式ＡＩＨＡ　　　　　　　 □ なし　　□ あり

皮膚症状　　　　　　　　　　 □ なし　　□ あり

体液貯留　　　　　　　　　　 □ なし　　□ あり　🡪（　胸水　・　腹水　・　浮腫　）

骨痛・関節痛 　　　　　　　　□ なし　　□ あり

その他：

●**診断**

診断日（骨髄穿刺/生検施行日） 西暦　 　　　 年　 　 月　 　 日

　骨髄中腫瘍細胞　　　　 　%　（　スメア　・　フローサイトメトリー　・　病理　・　不明　）

リンパ節（または腫瘤）生検　　□ 施行　　□ 未施行

部位：　　　　　　　　 　　　　生検日　西暦　 　　 　年　 　月　 　日

★ 診断時のフローサイトメトリー・染色体分析・FISH結果および病理組織診断・免疫組織化学は、

所見用紙のコピーを個人情報をマスキングしたうえで添付してください。

**●診断時検査所見**

白血球数　　　　　　　　/mm3　　好中球数　　　　　　　/mm3　　リンパ球数　　　　　　　/mm3

ヘモグロビン　　　　　　g/dl　　血小板数　　　　　　　/mm3

アルブミン　　　　　　　g/dl　　ＬＤＨ　　　　　　　　U/l（施設正常上限　　　　 　　　U/l）

クレアチニン　　　　　　mg/dl　 ＣＲＰ　　　　　　　mg/dl　　β２ＭＧ　　　　　 μg/ml

ＩｇＧ　　　　　　　　　mg/dl　 ＩｇＡ　　　　　 　mg/dl　　ＩｇＭ　　　 　　 　mg/dl

ｓＩＬ２Ｒ 　　　　　 　U/ml　　血清Ｍ蛋白　　　　　　　　型　　　　　　 　g/dl

尿中ＢＪＰ　　□ +　□ －　□未検　　　ＨＣＶ抗体　　□ +　□ －　□未検

**●診断時病変部位**

全身ＣＴ検査　　□ 施行　　□ 未施行　　　　ＰＥＴ検査　　□ 施行　　□ 未施行

節性病変の有無　　　□ なし　　□ あり

　＊「あり」の場合、病変と考えられる部位を○で囲んでください。

ワルダイエル輪,　頸部・鎖骨上・後頭・耳前リンパ節,　鎖骨下リンパ節,　胸腺，　腋窩・胸筋リンパ節，

縦隔リンパ節,　肺門リンパ節,　上腕・滑車上部リンパ節,　脾臓,　傍大動脈リンパ節,　腸間膜リンパ節,

腸骨リンパ節,　鼠径・大腿リンパ節,　膝窩リンパ節

その他

節外病変の有無　　　□ なし　　□ あり　　（骨髄を除く）

＊「あり」の場合、病変と考えられる部位を○で囲んでください。

中枢神経系/脳,　頭頸部（眼球・眼窩・鼻腔・副鼻腔・頬・歯肉・口蓋・唾液腺）,　甲状腺,　肺,　胸膜,

癌性胸水,　心臓/心膜,　乳腺,　肝臓,　消化管（食道・胃・小腸・大腸・膵・胆嚢）,　腹膜, 癌性腹水,

腎臓,　子宮,　卵巣,　精巣,　骨,　末梢血,　皮膚/皮下

その他

●**初回治療情報**

診断後無治療経過観察　 □　なし　　□　あり

＊ありの場合、その理由（　無症候性のため　・　合併症のため　・　その他　　　　　　　　　　）

プラズマフェレーシス　　□　施行　　□　未施行

初回治療内容

レジメン

　開始日　　　西暦 　　　　年　　　　月　　　　日

終了日　　　西暦 　　　　年　　　　月　　　　日

治療効果　　　□ ＣＲ　　□ ＶＧＰＲ　　□ ＰＲ　　□ ＭＲ　　□ ＳＤ　　□ ＰＤ

効果判定日　　西暦 　　 　 年　　　　月　　　　日

再発/増悪　　 □ なし □ あり

再発/増悪日　 西暦 　 　　年　　　　月　　　　日

●**二次治療以降の情報**

二次治療内容

レジメン

　開始日　　　西暦 　　　　年　　　　月　　　　日

終了日　　　西暦 　　　　年　　　　月　　　　日

治療効果　　　□ ＣＲ　　□ ＶＧＰＲ　　□ ＰＲ　　□ ＭＲ　　□ ＳＤ　　□ ＰＤ

効果判定日　　西暦 　　 　 年　　　　月　　　　日

再発/増悪　　 □ なし □ あり

再発/増悪日　 西暦 　 　　年　　　　月　　　　日

三次治療内容

レジメン

治療効果　　　□ ＣＲ　　□ ＶＧＰＲ　　□ ＰＲ　　□ ＭＲ　　□ ＳＤ　　□ ＰＤ

四次治療内容

レジメン

治療効果　　　□ ＣＲ　　□ ＶＧＰＲ　　□ ＰＲ　　□ ＭＲ　　□ ＳＤ　　□ ＰＤ

以降の治療内容についての概要

**●造血幹細胞移植**

□ 実施せず 　□ 実施　🡪　以下の設問にお答えください。

移植日　　　　西暦　 　年　 　　　月　 　　　日

移植細胞ソース　　□ 自家　　□ 血縁同種　□ 非血縁同種
移植細胞種類　　　□ 末梢血　□ 骨髄　　　□ 臍帯血

前処置レジメン

治療効果　　　□ ＣＲ　　□ ＶＧＰＲ　　□ ＰＲ　　□ ＭＲ　　□ ＳＤ　　□ ＰＤ

効果判定日　　西暦 　　 　 年　　　　月　　　　日

再発/増悪　　 □ なし □ あり

再発/増悪日　 西暦 　 　　年　　　　月　　　　日

**●形質転換**

□　なし　　□　あり　🡪　診断日　西暦 　 　　年　　　　月　　　　日

　ありの場合（　病理組織学的診断　・　臨床的に診断　）

**●二次性悪性腫瘍の発症**

□　なし　　□　あり　🡪（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●**転帰**

最終生存確認日　 西暦 　 　　年　　　　月　　　　日

（　無病生存　・　有病生存　・　原病死　・　他病死　・　治療関連死　・　その他： 　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| CR | * 免疫固定法による血清・尿中のM成分の消失（再検査による確認が必要）
* 腫瘍細胞の骨髄浸潤の消失
* リンパ節腫脹や肝脾腫の消失
* 臨床症状の消失
 |
| VGPR | * 血清M成分の90%以上の減少
* リンパ節腫脹や肝脾腫の消失
* 新たな臨床症状の出現がない
 |
| PR | * 血清M成分の50％以上の減少
* リンパ節腫脹や肝脾腫の50％以上の縮小
* 新たな臨床症状の出現がない
 |
| MR | * 血清M成分の25％以上50％未満の減少
* 新たな臨床症状の出現がない
 |
| SD | * 血清M成分の上下25％未満の変動
* リンパ節腫脹や肝脾腫の増悪がない
* 新たな臨床症状の出現がない
 |
| PD | * 最も治療効果が得られた時点からの血清M蛋白の25％以上の複数回の増加
* 臨床症状の増悪を認める
 |
| CRからの再発 | * 免疫固定法におけるM成分の再出現
* 腫瘍細胞の骨髄浸潤の再燃
* リンパ節腫脹や肝脾腫の再燃
* あらたな臨床症状の出現
 |
| PRからの増悪 | * 最も治療効果が得られた時点からの血清M蛋白の25％以上の複数回の増加
* 臨床症状の増悪を認める
 |

第6回IWWGにおける効果判定基準（Owen RG, et al. Br J Haematol. 2013; 160: 171-6.）