

お申込み前に以下のチェックリストを用いて適応をご確認ください

造血器腫瘍遺伝子パネル検査 保険適用チェックリスト

- 「ハムサイト適応疾患」のいずれかに該当する
- 提出できる FFPE 検体がある
- 腫瘍割合が20%以上である
(当院で FFPE の腫瘍割合の判定は行いませんので主治医の責任による判定をお願いします)
- 検査提出時点で入院していない

注意事項・ご依頼の方法は、当センターのホームページより
「造血器腫瘍遺伝子パネル検査をご依頼いただく先生へ」をご確認ください。

造血器腫瘍遺伝子パネル検査情報提供シートについて

C-CAT の入力に必要な項目となります。
C-CAT 調査結果は、C-CAT に入力した情報をもとに推奨治療が検索されますので
検索結果の精度向上のため正確な情報提供にご協力をお願いします。
項目数が多くお手数ですが、かならず最終項目までご確認ください。

ハムサイトでは、いただいた情報をもとに「診断」「予後予測」「治療選択」の判断を行います。
本シート以外の情報は、診療情報提供書にてご提供いただきますようお願いいたします。

検査情報提供シートの記載について

疾患により記載箇所が異なります。該当箇所のみご記入ください。
「骨髄系腫瘍」「リンパ腫」「急性リンパ性白血病」「形質細胞腫瘍」等の分類は
巻末資料の「参照用」造血器腫瘍 WHO 分類」の大分類を参考にしてください。

<記載が必要なページ>

全疾患共通	→	1～5 ページ
骨髄系腫瘍	→	6～7 ページ
リンパ腫	→	8～10 ページ
急性リンパ性白血病	→	11 ページ
形質細胞性腫瘍	→	12～13 ページ

造血器腫瘍遺伝子パネル検査 情報提供シート

1～5 ページはすべての症例をご記入ください。

【患者基本情報】《全疾患対象》			
患者氏名		これまでのC-CAT登録の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
生年月日	西暦 年 月 日	(ありの場合) 過去の登録ID	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(ありの場合) 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

【患者背景情報】《全疾患対象》			
診断日 (初回治療前、診断する根拠となった 検査が行われた日)	20 年 月 日	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

【検体提出時 診断名】《全疾患対象》 疑わしい疾患名はすべてご記入ください	
疾患名①	
疾患名②	
疾患名③	
疾患名④	
疾患名⑤	

【検体情報】《全疾患対象》	
組織種別	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 腫瘍(リンパ節以外) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
検体形態	FFPE
腫瘍細胞含有割合の算出方法	<input type="checkbox"/> 塗抹標本 <input type="checkbox"/> 病理 <input type="checkbox"/> G分染 <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> FACS <input type="checkbox"/> 遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
腫瘍細胞含有割合(%)	<input type="checkbox"/> 20%以上(%) <input type="checkbox"/> 20%未満 <input type="checkbox"/> MDSかMPNかMDS/MPN
検体採取日(腫瘍細胞)	20 年 月 日
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 穿刺 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術(開放生検) <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
検体採取日における病期	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 第1回再発 <input type="checkbox"/> 第2回再発 <input type="checkbox"/> 第3回再発以降 <input type="checkbox"/> その他()
検体採取日における同種移植の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
(ありの場合) 移植後キメリズム検査の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
(ありの場合) 移植後キメリズム検査実施組織	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
(ありの場合) 移植後キメリズム検査実施日	20 年 月 日
(ありの場合) 移植後キメリズム検査種類	<input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> STR <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
(ありの場合) 移植後キメリズムの割合(%)	

【重複がん】《全疾患対象》			
重複がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
疾患名①			
重複がんの種類	<input type="checkbox"/> 固形がん <input type="checkbox"/> 血液がん <input type="checkbox"/> 不明		
重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	発症年齢(歳)	
治療関連腫瘍(原病発症と治療の関連)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	放射線療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
疾患名②			
重複がんの種類	<input type="checkbox"/> 固形がん <input type="checkbox"/> 血液がん <input type="checkbox"/> 不明		
重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	発症年齢(歳)	
治療関連腫瘍(原病発症と治療の関連)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	放射線療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
疾患名③			
重複がんの種類	<input type="checkbox"/> 固形がん <input type="checkbox"/> 血液がん <input type="checkbox"/> 不明		
重複がん活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	発症年齢(歳)	
治療関連腫瘍(原病発症と治療の関連)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	化学療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	放射線療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

【先行疾患】《全疾患対象》	
先行疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
先行疾患の種類①	<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
疾患名	
先行疾患の種類②	<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
疾患名	
先行疾患の種類③	<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
疾患名	

【家族歴】《全疾患対象》			
家族歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	続柄(父方の祖父、父、母方の叔父、弟など)	がん種	り患年齢
家族歴①			
家族歴②			
家族歴③			
家族歴④			
家族歴⑤			
家族歴⑥			
家族歴⑦			
家族歴⑧			

【CGP 前治療】 <<全疾患対象>>	
治療実施の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
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次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
治療開始日	20 年 月 日
治療終了日	20 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 継続中
治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法(詳細を記入) <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(詳細を記入) <input type="checkbox"/> CAR-T細胞療法(詳細を記入) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
最良総合効果 (疾患により該当箇所のみご記入ください。No. は<<参照用>>造血器腫瘍 WHO 分類を参照ください)	
AML (61~91), ALL (101~115)	<input type="checkbox"/> 完全寛解(CR) <input type="checkbox"/> 不完全な血液学的回復を伴う完全寛解(CRi) <input type="checkbox"/> 部分的血液学的回復を伴う完全寛解(CRh) <input type="checkbox"/> 部分寛解(PR) <input type="checkbox"/> 治療失敗(Failure) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
MDS (37~49)	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
	最良血液学的改善(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
	最良血液学的改善(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 (6~8)	<input type="checkbox"/> 完全寛解(CR) <input type="checkbox"/> 部分寛解(PR) <input type="checkbox"/> 不変(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
ET (9,10) or PV (4,5)	<input type="checkbox"/> 完全寛解(CR) <input type="checkbox"/> 部分寛解(PR) <input type="checkbox"/> 不変(No Response) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
CML (2)	<input type="checkbox"/> 血液学的奏効(CHR) <input type="checkbox"/> 細胞遺伝学的奏効(CCyR) <input type="checkbox"/> 分子遺伝学的大奏効(MMR=MR3.0) <input type="checkbox"/> 深い分子遺伝学的大奏効(DMR=MR4.5) <input type="checkbox"/> 治療不成功 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
NHL, HL (116~126, 148~244) (PET=ありの場合)	<input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
NHL, HL (116~126, 148~244) (PET=なしの場合)	<input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 不確定完全奏効(CRu) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 再発(RD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
CLL (117)	<input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
MM (134~138)	<input type="checkbox"/> 厳密完全奏効(sCR) <input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 非常に良い部分奏効(VGPR) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 再発(RD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
【薬物療法】詳細	
治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 (承認薬併用治験 : <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する) <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()
レジメン名・薬剤名	
終了理由(終了している場合)	<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
増悪確認日(無効中止の場合)	20 年 月 日
【造血幹細胞移植】詳細	
移植実施日	20 年 月 日
移植種類	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種 <input type="checkbox"/> 不明
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
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"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
(同種の場合)由来	<input type="checkbox"/> 血縁者 <input type="checkbox"/> 非血縁者 <input type="checkbox"/> 不明
【CAR-T】詳細	
輸注実施日	20 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

【CGP 前治療】 <<全疾患対象>>			
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次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明		
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設		
治療開始日	20 年 月 日		
治療終了日	20 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 継続中		
治療の種類	<input type="checkbox"/> 薬物療法(詳細を記入) <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(詳細を記入) <input type="checkbox"/> CAR-T細胞療法(詳細を記入) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
最良総合効果 (疾患により該当箇所のみご記入ください。No.は<<参照用>>造血器腫瘍 WHO分類を参照ください)			
AML (61~91), ALL (101~115)	<input type="checkbox"/> 完全寛解(CR) <input type="checkbox"/> 不完全な血液学的回復を伴う完全寛解(CRi) <input type="checkbox"/> 部分的血液学的回復を伴う完全寛解(CRh) <input type="checkbox"/> 部分寛解(PR) <input type="checkbox"/> 治療失敗(Failure) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
MDS (37~49)	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		
	最良血液学的改善(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		
	最良血液学的改善(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 (6~8)	<input type="checkbox"/> 完全寛解(CR) <input type="checkbox"/> 部分寛解(PR) <input type="checkbox"/> 不変(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
ET (9,10) or PV (4,5)	<input type="checkbox"/> 完全寛解(CR) <input type="checkbox"/> 部分寛解(PR) <input type="checkbox"/> 不変(No Response) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
CML (2)	<input type="checkbox"/> 血液学的奏効(CHR) <input type="checkbox"/> 細胞遺伝学的奏効(CCyR) <input type="checkbox"/> 分子遺伝学的大奏効(MMR=MR3.0) <input type="checkbox"/> 深い分子遺伝学的大奏効(DMR=MR4.5) <input type="checkbox"/> 治療不成功 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
NHL, HL (116~126, 148~244) (PET=ありの場合)	<input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
NHL, HL (116~126, 148~244) (PET=なしの場合)	<input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 不確定完全奏効(CRu) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 再発(RD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
CLL (117)	<input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
MM (134~138)	<input type="checkbox"/> 厳密完全奏効(sCR) <input type="checkbox"/> 完全奏効(CR) <input type="checkbox"/> 非常に良い部分奏効(VGPR) <input type="checkbox"/> 部分奏効(PR) <input type="checkbox"/> 安定(SD) <input type="checkbox"/> 進行(PD) <input type="checkbox"/> 再発(RD) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
【薬物療法】詳細			
治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 (承認薬併用治験 : <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する) <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()		
レジメン名・薬剤名			
終了理由(終了している場合)	<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		
増悪確認日(無効中止の場合)	20 年 月 日		
【造血幹細胞移植】詳細			
移植実施日	20 年 月 日	移植種類	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種 <input type="checkbox"/> 不明
回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	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"/> 3回目以上 <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
		(同種の場合) 由来	<input type="checkbox"/> 血縁者 <input type="checkbox"/> 非血縁者 <input type="checkbox"/> 不明
【CAR-T】詳細			
輸注実施日	20 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		

3次治療以降は、このページをコピーしてご記入ください。

【末梢血検査】（※初発時・再発時とも初発時の内容を記載）《全疾患対象》

検体採取日	20 年 月 日		
白血球($\times 10^3/\mu\text{L}$)	<input type="checkbox"/> 不明	骨髓球(%)	<input type="checkbox"/> 不明
芽球(%)	<input type="checkbox"/> 不明	単球(%)	<input type="checkbox"/> 不明
異型リンパ球(%)	<input type="checkbox"/> 不明	赤血球($\times 10^4/\mu\text{L}$)	<input type="checkbox"/> 不明
好中球(%)	<input type="checkbox"/> 不明	ヘモグロビン(g/dL)	<input type="checkbox"/> 不明
好酸球(%)	<input type="checkbox"/> 不明	血小板($\times 10^4/\mu\text{L}$)	<input type="checkbox"/> 不明
赤芽球(%)	<input type="checkbox"/> 不明	網状赤血球(%)	<input type="checkbox"/> 不明

【骨髓検査】（※初発時・再発時とも初発時の内容を記載）《全疾患対象》

検体採取日	20 年 月 日		
骨髓生検の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	骨髓系 異形成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
(骨髓生検ありの場合) 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	赤芽球 異形成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
(骨髓生検ありの場合) 線維化	<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	芽球 (腫瘍細胞) (%)	<input type="checkbox"/> 不明
巨核球数 (/ μL)	<input type="checkbox"/> 不明		

【ウイルス情報】（※初発時・再発時とも初発時の内容を記載）《全疾患対象》

HTLV-1	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未確認	HIV	<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	HBV	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 既感染 <input type="checkbox"/> 未確認
	<input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> その他()	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未確認

骨髄系腫瘍は 6～7 ページをご記入ください。

【がん種情報】 <<骨髄系腫瘍>> (疾患により該当箇所のみご記入ください。No. は<<参照用>>造血器腫瘍 WHO 分類を参照)			
MDS (37~49)	IPSS-R	<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	
MDS, MDS/MPN (31~49)	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 (61~91)	FAB 分類	<input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> M5 <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> M7 <input type="checkbox"/> 不明	
MPN (1~12)	脾腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
	骨髄検査：線維化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
CML (2)	病期	<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> 不明	

【細胞表面マーカー検査または病理組織免疫染色実施組織】 <<骨髄系腫瘍>>			
細胞表面マーカー検査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		
細胞表面マーカー検査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"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
CD33	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		

【遺伝子検査】 <<骨髄系腫瘍>>			
遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
実施組織①	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
t(15;17)(q24;q21):PML/RARA	<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
t(8;21)(q22;q22):RUNX1/RUNX1T1	<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
inv(16)(p13.1q22):CBFB/MYH11	<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
t(3;21)(q26;q22):RUNX1/MECOM	<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
t(6;9)(p22;q34):DEK/NUP214	<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
t(9;11)(p21;q23):MLLT3/KMT2A	<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
t(6;11)(q27;q23):AFDN/KMT2A	<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
t(11;19)(q23;p13.3):KMT2A/MLLT1	<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
t(4;11)(q21;q23):KMT2A/AFF1	<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
t(11;16)(q23.3;p13.3):KMT2A/CREBBP	<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
MLL 転座(11q23)転座	<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
t(1;19)(q23;p13):TCF3/PBX1	<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
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	+8	<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	del(20q)	<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	+12	<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	del(17p)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

【遺伝子検査】《骨髄系腫瘍》			
実施組織②	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
t(15;17)(q24;q21):PML/RARA	<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
t(8;21)(q22;q22):RUNX1/RUNX1T1	<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
inv(16)(p13.1q22):CBFB/MYH11	<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
t(3;21)(q26;q22):RUNX1/MECOM	<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
t(6;9)(p22;q34):DEK/NUP214	<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
t(9;11)(p21;q23):MLLT3/KMT2A	<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
t(6;11)(q27;q23):AFDN/KMT2A	<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
t(11;19)(q23;p13.3):KMT2A/MLLT1	<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
t(4;11)(q21;q23):KMT2A/AFF1	<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
t(11;16)(q23.3;p13.3):KMT2A/CREBBP	<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
MLL 転座(11q23)転座	<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
t(1;19)(q23;p13):TCF3/PBX1	<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
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	+8	<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	del(20q)	<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	+12	<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	del(17p)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
実施組織③	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
t(15;17)(q24;q21):PML/RARA	<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
t(8;21)(q22;q22):RUNX1/RUNX1T1	<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
inv(16)(p13.1q22):CBFB/MYH11	<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
t(3;21)(q26;q22):RUNX1/MECOM	<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
t(6;9)(p22;q34):DEK/NUP214	<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
t(9;11)(p21;q23):MLLT3/KMT2A	<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
t(6;11)(q27;q23):AFDN/KMT2A	<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
t(11;19)(q23;p13.3):KMT2A/MLLT1	<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
t(4;11)(q21;q23):KMT2A/AFF1	<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
t(11;16)(q23.3;p13.3):KMT2A/CREBBP	<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
MLL 転座(11q23)転座	<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
t(1;19)(q23;p13):TCF3/PBX1	<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
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	+8	<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	del(20q)	<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	+12	<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	del(17p)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

記入欄が不足する場合は、このページをコピーしてご記入ください。

リンパ腫は 8~10 ページをご記入ください。

【がん種情報】 <<リンパ腫>> (疾患により該当箇所のみご記入ください。No. は<<参照用>>造血器腫瘍 WHO 分類を参照)		
全リンパ腫共通	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
	隣接節外病変(E) (Lugano (Ann Arbor)分類 stage I, stage II の場合)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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
	Lugano (消化管原発)分類_病期	<input type="checkbox"/> stage I <input type="checkbox"/> stage II <input type="checkbox"/> stage IIE <input type="checkbox"/> stage IV <input type="checkbox"/> 不明
	節外病変の有無	<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 intermediate <input type="checkbox"/> High intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
	NCCN-IPI	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Low intermediate <input type="checkbox"/> High intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
DLBCL (161~164, 166, 167, 169, 170~174, 183~185)	FLIPI2	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
FL (151~155)	最大のリンパ節病変の長径 > 6 cm	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	腫瘍量	<input type="checkbox"/> 高腫瘍量 <input type="checkbox"/> 低腫瘍量 <input type="checkbox"/> 不明
	MIPI	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
MCL (158~160)	MALT-IPI	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
MALT (148)	ISSWM	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
WM/LPL (125~126)	PIT	<input type="checkbox"/> Group1 <input type="checkbox"/> Group2 <input type="checkbox"/> Group3 <input type="checkbox"/> Group4 <input type="checkbox"/> 不明
PTCL (216~223)	PINK	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
ENKTL (198)	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
	GHSg	<input type="checkbox"/> Early <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Advanced <input type="checkbox"/> 不明
HL (224, 226~230)	巨大縦隔腫瘍 (胸郭横径比≥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 症状あり)または ≥ 50 mm/h (B 症状なし)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	病変数 ≥ 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

【がん種情報】<<リンパ腫>> つづき(疾患により該当箇所のみご記入ください。No.は<<参照用>>造血器腫瘍 WHO 分類を参照)

CLL (117)	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
ATL (197)	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 (急性型,リンパ腫型の場合)	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
	iATL-PI (慢性型,くすぶり型の場合)	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> 不明
MF/SS (206~207)	TNM 分類_T (皮膚原発 NHL の場合)	<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 (皮膚原発 NHL の場合)	<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 (皮膚原発 NHL の場合)	<input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> 不明
	TNM 分類_B (皮膚原発 NHL の場合)	<input type="checkbox"/> B0 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 不明
	TNM 分類_病期 (皮膚原発 NHL の場合)	<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

【生化学検査】<<リンパ腫>>

検体採取日	20 年 月 日
Ca (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 不明 Alb (g/dL) <input type="checkbox"/> 不明
LDH (U/L)	<input type="checkbox"/> 不明 sIL-2R (U/mL) <input type="checkbox"/> 不明
BUN (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 不明 B2MG (mg/L) <input type="checkbox"/> 不明

【細胞表面マーカー検査または病理組織免疫染色】<<リンパ腫>>

細胞表面マーカー検査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
細胞表面マーカー検査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"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
CD19	<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
CD20	<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
CD25	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

【遺伝子検査】《リンパ腫》					
遺伝子検査の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明				
実施組織①	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンプロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
t(14;18):IGH-BCL2	<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		
t(8;14):IGH-MYC	<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		
8q24 split:MYC	<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		
3q27 split:BCL6	<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		
実施組織②	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンプロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
t(14;18):IGH-BCL2	<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		
t(8;14):IGH-MYC	<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		
8q24 split:MYC	<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		
3q27 split:BCL6	<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		
実施組織③	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンプロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
t(14;18):IGH-BCL2	<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		
t(8;14):IGH-MYC	<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		
8q24 split:MYC	<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		
3q27 split:BCL6	<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		
実施組織④	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンプロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
t(14;18):IGH-BCL2	<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		
t(8;14):IGH-MYC	<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		
8q24 split:MYC	<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		
3q27 split:BCL6	<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		
実施組織⑤	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンプロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
t(14;18):IGH-BCL2	<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		
t(8;14):IGH-MYC	<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		
8q24 split:MYC	<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		
3q27 split:BCL6	<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		

急性リンパ性白血病は 11 ページをご記入ください。

【がん種情報】《急性リンパ性白血病》		
ALL/AUL (93~115)	髄外病変：縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	髄外病変：中枢神経浸潤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	髄外病変：精巣浸潤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

【細胞表面マーカー】《急性リンパ性白血病》	
細胞表面マーカー検査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
細胞表面マーカー検査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"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
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

【遺伝子検査】《急性リンパ性白血病》			
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①	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
高二倍体 (>染色体 50 本)	<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
一倍体 (染色体 24-31 本)	<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
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	t(9;22):BCR-ABL1	<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	KMT2A (MLL) 再構成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
遺伝子検査実施組織②	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
高二倍体 (>染色体 50 本)	<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
一倍体 (染色体 24-31 本)	<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
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	t(9;22):BCR-ABL1	<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	KMT2A (MLL) 再構成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
遺伝子検査実施組織③	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
高二倍体 (>染色体 50 本)	<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
一倍体 (染色体 24-31 本)	<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
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	t(9;22):BCR-ABL1	<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	KMT2A (MLL) 再構成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
遺伝子検査実施組織④	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()		
高二倍体 (>染色体 50 本)	<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
一倍体 (染色体 24-31 本)	<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
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	t(9;22):BCR-ABL1	<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	KMT2A (MLL) 再構成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

形質細胞腫瘍は12～13ページをご記入ください。

【がん種情報】 <<形質細胞腫瘍>> (疾患により該当箇所のみご記入ください。No.は<<参照用>>造血器腫瘍 WHO分類を参照)				
PCN (134~141)	基礎疾患 (MGUS)	<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
	基礎疾患 (くすぶり型骨髄腫)	<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
	髄外病変	<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
	IgD 値 (mg/dL)			
	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		
MM (134~138)	(CRAB 症候の有無) 高カルシウム血症：血清 Ca > 11 mg/dL または正常上限値よりも 1mg/dL を超えて増加	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	(CRAB 症候の有無) 腎不全：CrCl < 40 mL/min または血清 Cr > 2.0 mg/dL	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	(CRAB 症候の有無) 貧血：ヘモグロビン値 < 10g/dL または正常下限値よりも 2 g/dL を超えて低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	(CRAB 症候の有無) 骨病変：1 つ以上の病変を骨 X 線, CT または PET-CT 検査で認める	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	(SLiM の有無) 骨髄中のクローナルな形質細胞 ≥ 60%	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	(SLiM の有無) involved/uninvolved FLC (血清遊離軽鎖) 比 ≥ 100 (involved FLC ≥ 100 mg/L であること)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	(SLiM の有無) MRI で 2 カ所以上の 5 mm 以上の巣状骨病変あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		

【生化学検査】 <<形質細胞腫瘍>>				
検体採取日	20	年	月	日
Ca (mg/dL)		<input type="checkbox"/> 不明	IgG (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 不明
Cr (mg/dL)		<input type="checkbox"/> 不明	IgA (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 不明
Alb (g/dL)		<input type="checkbox"/> 不明	IgM (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 不明
B2MG (mg/L)		<input type="checkbox"/> 不明		

【遺伝子検査】《形質細胞腫瘍》				
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①	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
17p-	<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	
t(4;14):IGH-FGFR3/NSD2	<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	
t(14;16):IGH-MAF	<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	
遺伝子検査実施組織②	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
17p-	<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	
t(4;14):IGH-FGFR3/NSD2	<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	
t(14;16):IGH-MAF	<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	
遺伝子検査実施組織③	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
17p-	<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	
t(4;14):IGH-FGFR3/NSD2	<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	
t(14;16):IGH-MAF	<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	
遺伝子検査実施組織④	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
17p-	<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	
t(4;14):IGH-FGFR3/NSD2	<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	
t(14;16):IGH-MAF	<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	
遺伝子検査実施組織⑤	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
遺伝子検査種類	<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(点突然変異) <input type="checkbox"/> サザンブロット <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
17p-	<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	
t(4;14):IGH-FGFR3/NSD2	<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	
t(14;16):IGH-MAF	<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	

《参照用》造血器腫瘍 WHO 分類

No.	大分類	疾患名
1	骨髄系腫瘍	骨髄増殖性腫瘍
2	骨髄系腫瘍	慢性骨髄性白血病、BCR-ABL1 陽性型
3	骨髄系腫瘍	慢性好中球性白血病
4	骨髄系腫瘍	真性多血症
5	骨髄系腫瘍	真性多血症後骨髄線維症
6	骨髄系腫瘍	原発性骨髄線維症
7	骨髄系腫瘍	原発性骨髄線維症、前線維化期
8	骨髄系腫瘍	原発性骨髄線維症、線維化期
9	骨髄系腫瘍	本態性血小板血症
10	骨髄系腫瘍	本態性血小板血症後骨髄線維症
11	骨髄系腫瘍	慢性好酸球性白血病、非特定型
12	骨髄系腫瘍	骨髄増殖性腫瘍、分類不能型
13	骨髄系腫瘍	肥満細胞症
14	骨髄系腫瘍	皮膚肥満細胞症
15	骨髄系腫瘍	色素性蕁麻疹 / 斑状丘疹状肥満細胞症
16	骨髄系腫瘍	びまん性皮膚肥満細胞症
17	骨髄系腫瘍	皮膚肥満細胞腫
18	骨髄系腫瘍	全身性肥満細胞症
19	骨髄系腫瘍	無症候性全身性肥満細胞症
20	骨髄系腫瘍	骨髄肥満細胞症
21	骨髄系腫瘍	くすぶり型全身性肥満細胞症
22	骨髄系腫瘍	血液腫瘍関連の全身性肥満細胞症
23	骨髄系腫瘍	侵襲性全身性肥満細胞症
24	骨髄系腫瘍	肥満細胞白血病
25	骨髄系腫瘍	肥満細胞肉腫
26	骨髄系腫瘍	好酸球増多症と遺伝子再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍
27	骨髄系腫瘍	PDGFRA 再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍
28	骨髄系腫瘍	PDGFRB 再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍
29	骨髄系腫瘍	FGFR1 再構成を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍
30	骨髄系腫瘍	PCM1-JAK2 を伴う骨髄性/リンパ性腫瘍
31	骨髄系腫瘍	骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍
32	骨髄系腫瘍	慢性骨髄単球性白血病
33	骨髄系腫瘍	非定形慢性骨髄性白血病、BCR-ABL1 陰性型
34	骨髄系腫瘍	若年性骨髄単球性白血病
35	骨髄系腫瘍	環状鉄芽球と血小板増加を伴う骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍
36	骨髄系腫瘍	骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍、分類不能型
37	骨髄系腫瘍	骨髄異形成症候群
38	骨髄系腫瘍	単一血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群
39	骨髄系腫瘍	環状鉄芽球を伴う骨髄異形成症候群
40	骨髄系腫瘍	環状鉄芽球と単一血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群
41	骨髄系腫瘍	環状鉄芽球と多血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群
42	骨髄系腫瘍	多血球系統の異形成を伴う骨髄異形成症候群
43	骨髄系腫瘍	芽球増加を伴う骨髄異形成症候群
44	骨髄系腫瘍	芽球増加と赤血球系優位を伴う骨髄異形成症候群
45	骨髄系腫瘍	芽球増加と線維化を伴う骨髄異形成症候群
46	骨髄系腫瘍	単独 del(5q)異常を伴う骨髄異形成症候群
47	骨髄系腫瘍	骨髄異形成症候群、分類不能型
48	骨髄系腫瘍	小児骨髄異形成症候群
49	骨髄系腫瘍	小児不応性血球減少症
50	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素因を伴う骨髄性腫瘍
51	骨髄系腫瘍	先行疾患および臓器障害のない生殖細胞系素因を伴う骨髄性腫瘍
52	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素 CEBPA 変異を伴う急性骨髄性白血病
53	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素 DDX41 変異を伴う骨髄性腫瘍
54	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素因と先行する血小板異常を伴う骨髄性腫瘍
55	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素 RUNX1 変異を伴う骨髄性腫瘍
56	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素 ANKRD26 変異を伴う骨髄性腫瘍
57	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素 ETV6 変異を伴う骨髄性腫瘍
58	骨髄系腫瘍	他の臓器障害に関連する生殖細胞系素因を伴う骨髄性腫瘍
59	骨髄系腫瘍	生殖細胞系素 GATA2 変異を伴う骨髄性腫瘍
60	骨髄系腫瘍	遺伝性骨不全症候群およびテロメア異常に関連する生殖細胞系素因を有する骨髄性腫瘍
61	骨髄系腫瘍	急性骨髄性白血病および関連前駆性腫瘍
62	骨髄系腫瘍	反復する遺伝子異常を伴う急性骨髄性白血病
63	骨髄系腫瘍	t(8;21)(q22;q22.1);RUNX1-RUNX1T1 を伴う急性骨髄性白血病
64	骨髄系腫瘍	inv(16)(p13.1q22)または t(16;16)(p13.1;q22);CBFB-MYH11 を伴う急性骨髄性白血病
65	骨髄系腫瘍	PML-RARA を伴う急性前骨髄球性白血病
66	骨髄系腫瘍	急性前骨髄球性白血病

No.	大分類	疾患名
67	骨髄系腫瘍	t(9;11)(p21.3;q23.3);MLLT3-KMT2A を伴う急性骨髄性白血病
68	骨髄系腫瘍	t(6;9)(p23;q34.1);DEK-NUP214 を伴う急性骨髄性白血病
69	骨髄系腫瘍	inv(3)(q21.3q26.2)または t(3;3)(q21.3;q26.2); GATA2, MECOM を伴う急性骨髄性白血病
70	骨髄系腫瘍	t(1;22)(p13.3;q13.3);RBM15-MKL1 を伴う急性骨髄性白血病(巨核芽球性)
71	骨髄系腫瘍	BCR-ABL1 を伴う急性骨髄性白血病
72	骨髄系腫瘍	遺伝子変異を伴う急性骨髄性白血病
73	骨髄系腫瘍	NPM1 変異を伴う急性骨髄性白血病
74	骨髄系腫瘍	CEBPA 両アレル変異を伴う急性骨髄性白血病
75	骨髄系腫瘍	RUNX1 変異を伴う急性骨髄性白血病
76	骨髄系腫瘍	骨髄異形成関連変化を伴う急性骨髄性白血病
77	骨髄系腫瘍	治療関連骨髄性腫瘍
78	骨髄系腫瘍	急性骨髄性白血病、非特定型
79	骨髄系腫瘍	最未分化型急性骨髄性白血病
80	骨髄系腫瘍	未分化型急性骨髄性白血病
81	骨髄系腫瘍	分化型急性骨髄性白血病
82	骨髄系腫瘍	急性骨髄単球性白血病
83	骨髄系腫瘍	急性単球性白血病
84	骨髄系腫瘍	赤白血病
85	骨髄系腫瘍	急性巨核芽球性白血病
86	骨髄系腫瘍	急性好塩基球性白血病
87	骨髄系腫瘍	骨髄線維症を伴う急性汎骨髄症
88	骨髄系腫瘍	骨髄性肉腫
89	骨髄系腫瘍	ダウン症関連骨髄増殖症
90	骨髄系腫瘍	ダウン症関連一過性骨髄異常増殖症
91	骨髄系腫瘍	ダウン症関連骨髄性白血病
92	その他	芽球形質細胞様樹状細胞腫瘍
93	急性リンパ性白血病	分化系統不明な急性白血病
94	急性リンパ性白血病	急性未分化型白血病
95	急性リンパ性白血病	t(9;22)(q34.1;q11.2); BCR-ABL1 を伴う混合表現型急性白血病
96	急性リンパ性白血病	t(v;11q23.3); KMT2A 再構成を伴う混合表現型急性白血病
97	急性リンパ性白血病	混合表現型急性白血病、B/骨髄性、非特定型
98	急性リンパ性白血病	混合表現型急性白血病、T/骨髄性、非特定型
99	急性リンパ性白血病	混合表現型急性白血病、非特定希少型
100	急性リンパ性白血病	分化系統不明な急性白血病、非特定型
101	急性リンパ性白血病	前駆リンパ性腫瘍
102	急性リンパ性白血病	B リンパ芽球性白血病/リンパ腫、非特定型
103	急性リンパ性白血病	反復する遺伝子異常を有する B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
104	急性リンパ性白血病	t(9;22)(q34.1;q11.2);BCR-ABL1 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
105	急性リンパ性白血病	t(v;11q23.3);KMT2A 再構成を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
106	急性リンパ性白血病	t(12;21)(p13.2;q22.1); ETV6-RUNX1 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
107	急性リンパ性白血病	高二倍体性 B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
108	急性リンパ性白血病	低二倍体性 B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
109	急性リンパ性白血病	t(5;14)(q31.1;q32.3) IL3-IGH を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
110	急性リンパ性白血病	t(1;19)(q23;p13.3);TCF3-PBX1 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
111	急性リンパ性白血病	BCR-ABL1 様 B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
112	急性リンパ性白血病	iAMP21 を伴う B リンパ芽球性白血病/リンパ腫
113	急性リンパ性白血病	T リンパ芽球性白血病/リンパ腫
114	急性リンパ性白血病	初期前駆 T 細胞性リンパ芽球性白血病/リンパ腫
115	急性リンパ性白血病	NK リンパ芽球性白血病/リンパ腫
116	リンパ腫	成熟 B 細胞腫瘍
117	リンパ腫	慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫
118	リンパ腫	単クローン性 B 細胞リンパ球増加症
119	リンパ腫	B 細胞前リンパ球性白血病
120	リンパ腫	脾辺縁帯リンパ腫
121	リンパ腫	有毛細胞白血病
122	リンパ腫	脾 B 細胞リンパ腫/白血病、分類不能型
123	リンパ腫	脾びまん性赤脾髄小型 B 細胞リンパ腫
124	リンパ腫	有毛細胞白血病バリエント
125	リンパ腫	リンパ形質細胞性リンパ腫
126	リンパ腫	ワルデンシュトレームマクログロブリン血症
127	形質細胞腫瘍	IgM 型意義不明の単クローン性ガンマグロブリン血症
128	形質細胞腫瘍	重鎖病
129	形質細胞腫瘍	μ 重鎖病
130	形質細胞腫瘍	γ 重鎖病
131	形質細胞腫瘍	α 重鎖病
132	形質細胞腫瘍	形質細胞腫瘍
133	形質細胞腫瘍	非 IgM 型意義不明の単クローン性ガンマグロブリン血症

No.	大分類	疾患名
134	形質細胞腫瘍	形質細胞骨髄腫
135	形質細胞腫瘍	形質細胞骨髄腫バリエント
136	形質細胞腫瘍	くすぶり型(無症候性)形質細胞骨髄腫
137	形質細胞腫瘍	非分泌性骨髄腫
138	形質細胞腫瘍	形質細胞白血病
139	形質細胞腫瘍	形質細胞腫
140	形質細胞腫瘍	孤在性骨形質細胞腫
141	形質細胞腫瘍	骨外性形質細胞腫
142	形質細胞腫瘍	単クローン性免疫グロブリン沈着病
143	形質細胞腫瘍	原発性アミロイドーシス
144	形質細胞腫瘍	軽鎖および重鎖沈着病
145	形質細胞腫瘍	腫瘍随伴症候群を伴う形質細胞腫瘍
146	形質細胞腫瘍	POEMS 症候群
147	形質細胞腫瘍	TEMPI 症候群
148	リンパ腫	粘膜関連リンパ組織節外性辺縁帯リンパ腫 (MALT リンパ腫)
149	リンパ腫	節性辺縁帯リンパ腫
150	リンパ腫	小児節性辺縁帯リンパ腫
151	リンパ腫	濾胞性リンパ腫
152	リンパ腫	精巣濾胞性リンパ腫
153	リンパ腫	胚中心限局型濾胞性腫瘍症
154	リンパ腫	十二指腸濾胞性リンパ腫
155	リンパ腫	小児型濾胞性リンパ腫
156	リンパ腫	IRF4 再構成を伴う大細胞型 B 細胞リンパ腫
157	リンパ腫	原発性皮膚濾胞中心リンパ腫
158	リンパ腫	マントル細胞リンパ腫
159	リンパ腫	白血病性非節性マントル細胞リンパ腫
160	リンパ腫	マントル帯限局型マントル細胞腫瘍症
161	リンパ腫	びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、非特定型
162	リンパ腫	胚中心 B 細胞亜型
163	リンパ腫	活性化 B 細胞亜型
164	リンパ腫	T 細胞/組織球豊富型大細胞型 B 細胞リンパ腫
165	リンパ腫	原発性中枢神経系びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫
166	リンパ腫	原発性皮膚びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、下肢型
167	リンパ腫	EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、非特定型
168	リンパ腫	EBV 陽性粘膜皮膚潰瘍
169	リンパ腫	慢性炎症関連びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫
170	リンパ腫	フィブリン関連びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫
171	リンパ腫	リンパ腫様肉芽腫症
172	リンパ腫	原発性縦隔(胸腺)大細胞型 B 細胞リンパ腫
173	リンパ腫	血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫
174	リンパ腫	ALK 陽性大細胞型 B 細胞リンパ腫
175	リンパ腫	形質芽球性リンパ腫
176	リンパ腫	原発性体腔液リンパ腫
177	リンパ腫	HHV8 関連リンパ増殖異常症
178	リンパ腫	多中心性キャッスルマン病
179	リンパ腫	HHV8 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、非特定型
180	リンパ腫	HHV8 陽性胚中心向性リンパ増殖異常症
181	リンパ腫	パーキットリンパ腫
182	リンパ腫	11q 異常を伴うパーキット様リンパ腫
183	リンパ腫	高悪性度 B 細胞リンパ腫
184	リンパ腫	MYC および BCL2 と BCL6 の両方か一方の再構成を伴う高悪性度 B 細胞リンパ腫
185	リンパ腫	高悪性度 B 細胞リンパ腫、非特定型
186	リンパ腫	びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と古典的ホジキンリンパ腫の中間的特徴を伴う B 細胞リンパ腫、分類不能型
187	リンパ腫	成熟 T および NK 細胞腫瘍
188	リンパ腫	T 細胞前リンパ球性白血病
189	リンパ腫	T 細胞大型顆粒リンパ球性白血病
190	リンパ腫	慢性 NK 細胞リンパ増殖異常症
191	リンパ腫	急速進行性 NK 細胞白血病
192	リンパ腫	小児 EBV 陽性 T 細胞および NK 細胞リンパ増殖性疾患
193	リンパ腫	小児全身性 EBV 陽性 T 細胞リンパ腫
194	リンパ腫	T および NK 細胞型慢性活動性 EBV 感染、全身型
195	リンパ腫	種痘様水疱症様リンパ増殖異常症
196	リンパ腫	重症蚊刺アレルギー
197	リンパ腫	成人 T 細胞白血病/リンパ腫
198	リンパ腫	節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型
199	リンパ腫	腸 T 細胞リンパ腫

No.	大分類	疾患名
200	リンパ腫	腸症関連 T 細胞リンパ腫
201	リンパ腫	単形性上皮向性腸 T 細胞リンパ腫
202	リンパ腫	腸 T 細胞リンパ腫、非特定型
203	リンパ腫	緩徐進行性胃腸管 T 細胞リンパ増殖異常症
204	リンパ腫	肝脾 T 細胞リンパ腫
205	リンパ腫	皮下脂肪織炎様 T 細胞リンパ腫
206	リンパ腫	菌状息肉症
207	リンパ腫	セザリー症候群
208	リンパ腫	原発性皮膚 CD30 陽性 T 細胞リンパ増殖異常症
209	リンパ腫	リンパ腫様丘疹症
210	リンパ腫	原発性皮膚未分化大細胞リンパ腫
211	リンパ腫	原発性皮膚末梢性 T 細胞リンパ腫、稀少型
212	リンパ腫	原発性皮膚 γ δ T 細胞リンパ腫
213	リンパ腫	原発性皮膚 CD8 陽性急速進行性表皮向性細胞傷害性 T 細胞リンパ腫
214	リンパ腫	原発性皮膚末端 CD8 陽性 T 細胞リンパ腫
215	リンパ腫	原発性皮膚 CD4 陽性小型/中型 T 細胞リンパ増殖異常症
216	リンパ腫	末梢性 T 細胞リンパ腫、非特定型
217	リンパ腫	血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫および他の T 濾胞ヘルパー細胞起源節性リンパ腫
218	リンパ腫	血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫
219	リンパ腫	濾胞性 T 細胞リンパ腫
220	リンパ腫	T 濾胞ヘルパー細胞形質を伴う節性末梢性 T 細胞リンパ腫
221	リンパ腫	未分化大細胞リンパ腫、ALK 陽性型
222	リンパ腫	未分化大細胞リンパ腫、ALK 陰性型
223	リンパ腫	乳房インプラント関連未分化大細胞リンパ腫
224	リンパ腫	ホジキンリンパ腫
225	リンパ腫	結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫
226	リンパ腫	古典的ホジキンリンパ腫
227	リンパ腫	結節硬化型古典的ホジキンリンパ腫
228	リンパ腫	リンパ球豊富型古典的ホジキンリンパ腫
229	リンパ腫	混合細胞型古典的ホジキンリンパ腫
230	リンパ腫	リンパ球減少型古典的ホジキンリンパ腫
231	リンパ腫	免疫不全関連リンパ増殖異常症
232	リンパ腫	原発性免疫異常症に伴うリンパ増殖異常症
233	リンパ腫	HIV 感染に伴うリンパ腫
234	リンパ腫	移植後リンパ増殖異常症
235	リンパ腫	非破壊性 PTLD
236	リンパ腫	形質細胞性過形成 PTLD
237	リンパ腫	伝染性単核球症 PTLD
238	リンパ腫	華飾性濾胞過形成
239	リンパ腫	多形性 PTLD
240	リンパ腫	単形性 PTLD
241	リンパ腫	単形性 PTLD (B 細胞型)
242	リンパ腫	単形性 PTLD (T/NK 細胞型)
243	リンパ腫	古典的ホジキンリンパ腫 PTLD
244	リンパ腫	その他の医原性免疫不全関連リンパ増殖異常症
245	その他	組織球性および樹状細胞腫瘍
246	その他	組織球性肉腫
247	その他	ランゲルハンス細胞由来腫瘍
248	その他	ランゲルハンス細胞組織球症
249	その他	ランゲルハンス細胞肉腫
250	その他	不確定型樹状細胞腫瘍
251	その他	指状嵌入樹状細胞肉腫
252	その他	濾胞樹状細胞肉腫
253	その他	炎症性偽腫瘍様濾胞/線維芽細胞性樹状細胞肉腫
254	その他	線維芽細胞性細網細胞腫瘍
255	その他	播種性若年性黄色肉芽腫
256	その他	エルドハイム・チェスター病
257	その他	再生不良性貧血
258	その他	未確定の潜在能を持つクローン性造血
259	その他	発作性夜間ヘモグロビン尿症