

# 造血細胞移植 患者手帳

～地域全体でのフォローアップのために～



日本造血・免疫細胞療法学会

## 1 患者さんのプロフィール

この欄は手帳を受け取ったら、医学的な留意事項を除いて患者さんご自身で記入してください。

ふりがな 氏名			
生年月日	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
住所 〒			
電話番号	☎ ( )	-	

### 緊急時の連絡先 (1)

ふりがな 氏名		(続柄 )
電話番号	☎ ( )	-
携帯電話	☎ ( )	-

### 緊急時の連絡先 (2)

ふりがな 氏名		(続柄 )
電話番号	☎ ( )	-
携帯電話	☎ ( )	-

プライバシーに配慮される場合は、記入しない項目があっても結構です。

1

病院のスタッフに記入してもらいましょう。

### 医学的な留意事項

#### 1. 血液型 型 Rh

一般的には移植後の血液型はドナーの血液型に変わりますが、判定が困難な場合があります。「血液型」に関しては必ず10ページを参照してください。

#### 2. アレルギー歴

#### 3. その他

1

患者さんのプロフィール

## 2 移植施設への連絡方法

病院のスタッフに記入してもらいましょう。

病院名
診療科名
患者ID番号

平日 ( 時 分～ 時 分)

電話番号	☎ ( )	-
------	-------	---

部署名:

(必要時記載)

担当者名:

所属:

職種:

※上記の担当者が不在の場合

担当者名:

所属:

職種:

備考

3

2



- 患者さんの役に立つ情報を日本造血・免疫細胞療法学会ホームページに公開しています。

[https://www.jstct.or.jp/modules/patient/index.php?content\\_id=2](https://www.jstct.or.jp/modules/patient/index.php?content_id=2)



- 患者指導用リーフレットを日本造血・免疫細胞療法学会ホームページに公開しています。

[https://www.jstct.or.jp/modules/facility/index.php?content\\_id=37](https://www.jstct.or.jp/modules/facility/index.php?content_id=37)



LTFU 外来における晩期の合併症や問題に関する情報提供を目的とした説明資料です。

(参考にする場合は、必ず医師、看護師に相談してください)

### 3 移植の記録

病院のスタッフに記入してもらいましょう。

移植日	年	月	日	
				(移植時年齢 歳)
疾患名				
身長	cm	体重	kg	
移植施設				
病院名				
診療科名				
患者ID番号				
主治医				
電話番号	☎ ( )	-		

ドナー  血縁  非血縁

幹細胞源  骨髄  末梢血幹細胞  
 臍帯血

HLA  適合  不適合  半合致  
( )

血液型 患者: ( ) ドナー: ( )

注意: 患者とドナーで血液型が異なる場合、移植後は最終的にドナーの血液型になりますが、移植後は表裏試験が不一致となる可能性があります。輸血の際は必ず血液型の確認を行い、判定に窮する場合は移植施設へお問い合わせください。

化学療法  シクロホスファミド ( mg/kg mg/m<sup>2</sup>)

シタラビン ( mg/kg mg/m<sup>2</sup>)

フルダラビン ( mg/kg mg/m<sup>2</sup>)

メルファラン ( mg/kg mg/m<sup>2</sup>)

ブスルファン ( mg/kg mg/m<sup>2</sup>)

エトポシド ( mg/kg mg/m<sup>2</sup>)

その他 (薬剤名: ) ( mg/kg mg/m<sup>2</sup>)

前処置 (総量)

放射線  全身放射線照射 (TBI) Gy

全リンパ節照射 (TLI) Gy

その他 ( ) Gy

抗胸腺細胞グロブリン (ATG) (薬剤名: ) mg/kg

その他 ( )



## 4 アントラサイクリンの蓄積量

移植の前までの全ての治療が該当します

4

	実際の総投与量	心毒性換算(本邦小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン)
ドキシソルピシン		1
ダウノルピシン		0.83 (0.5*)
イダルピシン		5
ミトキサントロン		4
ピラルピシン		0.6
エピルピシン		0.67

心毒性高リスク:  
ドキシソルピシン換算で 250mg/m<sup>2</sup> 以上の使用 有・無  
15Gy 以上の胸部への放射線照射 有・無

アントラサイクリンの蓄積量

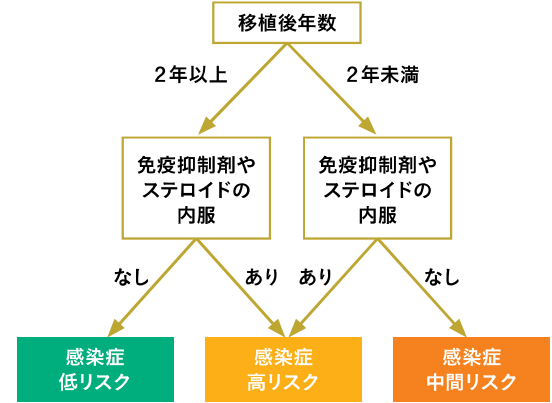
(注) 小児のデータ(\*COG LTFU ガイドライン)に基づく換算式を示します。他にも 2022ESC ガイドラインなど複数の換算式が提唱されています。

その他の抗がん剤

16

## かかりつけ医の先生方へ

【移植患者さんの診療について】



●感冒や齲歯などの一般的な治療は、通常と同様の診療を行っていただいてもよい場合がほとんどです。

●感染症に対する特別な配慮が必要です。  
●持続する発熱、呼吸器症状(咳、呼吸困難感、呼吸苦)、血圧低下、酸素化低下、全身に広がる皮疹などが認められる場合は、移植施設(3～4ページ)までご連絡ください。

図に示すように、移植後の患者さんの感染症のリスクは、時期により異なります。先生方にフォローをお願いする患者さんの多くは、免疫抑制剤を中止され、移植後の免疫反応が落ち着き、原病の再発が認められない方々です。このような患者さんでは、侵襲度の高い手術や輸血(血液型については10ページを参照ください)などを除いて、通常の治療と同様の対応で問題ありません。以降の点にご留意いただき、診療、フォローアップをお願いします。

17

### ● 感染症への対応について

GVHD 予防や治療のために、免疫抑制剤を服用中に貴院を受診される場合があります(前頁の図の感染症が中間リスク・高リスクの患者さんです)。患者さんが発熱で受診した際に、敗血症や肺炎などに罹患している可能性がある場合や、侵襲的な処置を行う場合には、特別な配慮が必要となりますので、3～4ページの移植施設までご連絡ください。

### ● 悪性腫瘍(二次がん)を発症する可能性

年1回程度の一般がん検診をご考慮ください。

### ● 心血管合併症など生命に関わる合併症を発症する可能性

労作時息切れや胸部圧迫感、肩こり、腹部の不快感、四肢の冷感などの症状や、四肢の脱力感やしびれなどの神経症状がありましたら、レントゲン、CT、MRI や生理検査(心エコー、呼吸機能)などをご考慮ください。

### ● 成長障害や不妊など、生命に関わらなくとも生活の質(QOL)に悪影響を与える問題を抱えている可能性

身体合併症のみならず、「仕事」への復帰の遅れや、「身体活動能力」「性的活動、性機能」の回復の遅れ、移植後の「成長障害」「容姿の変化」などに対する焦燥感や抑うつ、これらに伴う社会的な関係の喪失感、さらには経済的問題などの将来に対する不安など、精神的、心理社会的な問題に対して移植後も生涯にわたり適切な検診や支援が必要です。

18

### ● 造血細胞移植後のワクチン接種に関して

造血細胞移植後は移植前に罹患もしくは予防接種によって得られたウイルス等に対する免疫能が減衰もしくは消失するため、スケジュールに沿って予防接種を行うことが勧められます。ワクチン接種の詳細については41～42ページを参照してください。

### ● 移植後長期フォローアップ外来活用ツールを日本造血・免疫細胞療法学会ホームページに公開しています。

[https://www.jstct.or.jp/modules/facility/index.php?content\\_id=3](https://www.jstct.or.jp/modules/facility/index.php?content_id=3)



(患者さんが参考にする場合は、必ず医師、看護師に相談してください)

### ● また、先生方のフォローアップ中にイベント(心血管障害、悪性腫瘍)が発生しましたら3～4ページの移植施設へ報告をいただくようお願いいたします。

ご不明な点、ご判断に迷う場合があれば、3～4ページの移植施設までご連絡ください。

※ GVHD (graft-versus-host disease: 移植片対宿主病) は、ドナーのリンパ球が患者さんの臓器に対して免疫反応を起こし障害をもたらす合併症です。移植後早期に発症するものを急性GVHDといい、皮疹、下痢、肝障害などを起こします。慢性GVHDは、移植後100日を過ぎて発症することが多く、皮膚症状、目や口の乾燥、関節拘縮、肝障害、肺障害などさまざまな症状を起こし、長年にわたり持続して生活の質(QOL)の低下につながる可能性があります。

19



/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高

※感染リスクについてはP8に記載

日付	/ /	/ /	/ /
医師名 実施機関名			
血球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血(輸血必要) <input type="checkbox"/> 血小板減少(<5万) <input type="checkbox"/> 好中球減少(<1000)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少
慢性GVHD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ステロイド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
感染リスク※	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
コメント			

ステロイド中止日 ( / / )  
免疫抑制剤中止日 ( / / )

/ /	/ /	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 好中球減少
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高

※感染リスクについてはP17に記載

## 7 看護師の指導内容

日付	/ /
看護師名 実施機関名	
指導内容	

日付	/ /
看護師名 実施機関名	
指導内容	

7

看護師の指導内容

/ /	/ /

/ /	/ /

28

7

看護師の指導内容

日付	/ /
看護師名 実施機関名	
指導内容	

日付	/ /
看護師名 実施機関名	
指導内容	

29

7

看護師の指導内容

/ /	/ /

/ /	/ /

30

## 8 節目検診の記録

(施行したら○、特記事項があれば記載)

日付	/ /	/ /	/ /	/ /
医師名 実施機関名				
肝機能				
腎機能				
脂質				
糖				
フェリチン				
甲状腺				
心電図				
胸部 XP				
呼吸機能				
心エコー				
骨密度				
眼科				
歯科				

31





MEMO

10

生活習慣病などの記録

36

11 入退院の記録

移植治療後に入院治療が必要になった場合。

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的/病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的/病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

37

11

入退院の記録

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的/病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的/病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

38

11

入退院の記録

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的/病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的/病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

39

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的／病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日
入院目的／病名			
備考			
入院施設名			
担当医			

## 12 ワクチン接種について

基本的に不活化ワクチン（インフルエンザや四種混合ワクチン）

から開始し、弱毒生ワクチンと順次接種します。免疫抑制剤服用

	予防接種
接種が望ましいワクチン	インフルエンザ HA
	四種混合 (DPT-IPV、D:ジフテリア、P:百日咳、T:破傷風、IPV:ポリオ)
	インフルエンザ菌 b型 (Hib、アクトヒブ®) 肺炎球菌 (PCV13、プレベナー13®、PPSV23、ニューモバックス®)
必要に応じて接種を検討する	MR (M:麻疹、R:風疹) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 水痘 (水ぼうそう)
	B型肝炎ウイルス * 帯状疱疹 シングリックス® 0.5mlを2回 移植後50~70日、2回目1~2ヶ月後 コロナウイルスなど:主治医と相談
接種すべきでない	A型肝炎ウイルス 狂犬病ウイルス 日本脳炎ウイルス
	結核菌 (BCG)

中や慢性GVHDで調子が悪い場合にはワクチン接種が受けられないことがあります。実際に接種するスケジュールについては45~46ページのワクチン接種の依頼に従って実施してください。

接種時期	ワクチン種類
移植後6-12ヵ月以降で、慢性GVHDの悪化がない。冬期(10-12月)毎年1回	不活化ワクチン
移植後6-12ヵ月以降で、慢性GVHDの悪化がない。3回接種	
移植後6-12ヵ月以降で、慢性GVHDの悪化がない。1~3ヵ月毎に3回接種 ※肺炎球菌ワクチン:ニューモバックスは1回接種	
移植後2年以降で、免疫抑制剤が終了し、慢性GVHDの悪化がない。2回接種	弱毒生ワクチン
*移植後1年以降で慢性GVHDの悪化がなく、家族にキャリアがいる場合。1ヵ月ごと2回、その後6ヵ月後に1回、計3回接種	不活化ワクチン
移植後1年以降で慢性GVHDの悪化がなく、流行地への渡航の際に推奨	
すべての時期で接種不可	生ワクチン

## 13 造血細胞移植後の予防接種スケジュール(例)

接種時期は主治医と相談

移植後の接種時期				
6-12ヵ月	9-15ヵ月	12-18ヵ月	24ヵ月	30ヵ月
DPT-IPV	DPT-IPV	DPT-IPV	MR	MR
Hib	Hib	Hib	水痘	水痘
PCV13	PCV13	PCV13		
同時もしくは分散			同時もしくは分散	

ワクチンの商品名	
DPT-IPV	テトラビック®、クワトロバック® スクエアキッズ
Hib	アクトヒブ®
PCV13	プレベナー13®
MR	乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン®、ミールビック®等
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン®

日本造血・免疫細胞療法学会 予防接種ガイドライン  
費用の詳細は主治医に確認下さい。





ワクチン種類	接種日	接種施設名	ロット番号
肺炎球菌 (PCV13、 プレベナー13 <sup>®</sup> )			
肺炎球菌 (PPSV23、 ニューモバックス <sup>®</sup> )			
インフル エンザ b型 (Hib、 アクトヒブ <sup>®</sup> )			
不活化帯状 疱疹 ワクチン (シングリッ クス <sup>®</sup> )			

ワクチン接種の記録

ワクチン接種の際には医療機関に持参し、記入してもらうか、ご自身で記入してください。

ワクチン種類	接種日	接種施設名	ロット番号
B型肝炎			
A型肝炎			
日本脳炎			
狂犬病			

ワクチン接種の記録

ワクチン種類	接種日	接種施設名	ロット番号
インフル エンザ HA			

ワクチン接種の記録

ワクチン接種の際には医療機関に持参し、記入してもらうか、ご自身で記入してください。

ワクチン種類	接種日	接種施設名	ロット番号
コロナ ウイルス ワクチン			

ワクチン接種の記録

ワクチン接種の際には医療機関に持参し、記入してもらうか、ご自身で記入してください。

15

ワクチン接種の記録

ワクチン種類	接種日	接種施設名	ロット番号
その他のワクチン			

52

M E M O

MEMO section with horizontal dashed lines for writing.

53

### 造血細胞移植患者手帳

非売品

2017年3月31日 初版発行  
2022年2月15日 第2版発行  
2023年3月1日 第3版改訂

編集・発行 日本造血・免疫細胞療法学会（旧名称 日本造血細胞移植学会）  
造血細胞移植患者手帳作成委員会

発行者 日本造血・免疫細胞療法学会

連絡先 日本造血・免疫細胞療法学会事務局  
〒451-0042 名古屋市西区那古野2丁目23-21-7d号  
Tel : 052-766-7127  
Fax : 052-766-7137  
メールアドレス : jstct\_office@jstct.or.jp  
学会ホームページ : <https://www.jstct.or.jp>

本手帳は、「令和4年度厚生労働科学研究費補助金（移植医療基盤整備研究事業）」によって作成されました。

