

**日本造血細胞移植学会 血縁造血幹細胞ドナー登録センター**  
 電話受付時間：月曜日～金曜日 9:00～18:00（ただし、11:45～12:45、土日、祝・祭日および12/29～1/4を除く）  
 F A X : 0120-60-7584（フリーダイヤル）/052-588-6326、T E L : 0120-50-7584（フリーダイヤル）/052-588-6325

登録票の情報は、個人が特定できないよう連結不可能な匿名化がされており、ドナーの同意の有無に関わらず、登録をお願いいたします。**ドナー保険として不適格な場合も、ドナー情報の収集のためご登録ください。**

登録年月日 (記入日)	20 年 月 日	再登録の場合のみ前回の登録番号をご記入下さい	RS-
----------------	----------	------------------------	-----

**【担当医師連絡先】** 登録受付後、造血幹細胞採取報告書、調査参加同意書等の資料を送付致します。

施設名	病院	診療科名	科
担当医師名	(ふりがな)	資料送付先：〒□□□□-□□□□	
担当医電話連絡先	( ) - ( )	大学など連絡が付きにくい場合は携帯など ( ) - ( )	
登録確認方法	登録確認の宛先 FAX 番号をご記入下さい。(希望連絡時間は受付時間内をお願い致します) 希望連絡日時：20 年 月 日 AM・PM : 宛先 FAX 番号： ( ) - ( )		着信確認：要・不要

**【血縁ドナーに関する情報】** 該当する項目にチェック印を記入して下さい。詳細は保険適格基準を参考にして下さい。

採取時の年齢	才	レピェントとの関係	<input type="checkbox"/> HLA一致同胞
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> HLA表現型一致血縁者( ) <input type="checkbox"/> HLA部分一致血縁者 ( )
ドナーに関する確認事項	<input type="checkbox"/> 高度の肥満 (BMI ≥ 30) <input type="checkbox"/> 成人における低体重 (男性：45kg 未満、女性：40kg 未満) <input type="checkbox"/> 高血圧 (服薬の有無に関わらず収縮期 > 180mmHg、拡張期 > 100mmHg) <input type="checkbox"/> 低血圧 (収縮期 < 90mmHg) <input type="checkbox"/> 妊娠・授乳中・出産後・流産・中絶後 <input type="checkbox"/> 感染症検査 → <input type="checkbox"/> HTLV-1 陽性 (サングロブロットで <input type="checkbox"/> モノクローナル、 <input type="checkbox"/> オリゴクローナル、 <input type="checkbox"/> ポリクローナル) <input type="checkbox"/> HIV 陽性 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 検査値異常 (チェックした場合は異常値・詳細所見を記入して下さい) <input type="checkbox"/> Hb ; 成人男性 < 13g/dL (BM), 12g/dL (PB)、女性・小児 < 12g/dL (BM), 11g/dL (PB) <input type="checkbox"/> GOT、GPT、T-Bil、γGTP ; 施設基準の2倍 ↑ <input type="checkbox"/> %VC < 70%、FEV1.0% < 70% <input type="checkbox"/> 総コレステロール (服薬の有無に関わらず) > 240 mg/dL <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 食後 2 時間 (空腹時) 血糖 > 180 mg/dl <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※数値項目の逸脱があった場合、ドナー保険の対象になりません。		
治療中、服薬中の疾患 (合併症)	<input type="checkbox"/> 血液疾患 (鉄欠乏性貧血を除く)・脾腫 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害・神経疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 膠原病・アレルギー性疾患 <input type="checkbox"/> 骨・関節の異常 <input type="checkbox"/> 眼疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 精神性疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※詳細の記載がない場合、保険対象としないことがあります。		
既往歴	<input type="checkbox"/> G-CSF に対する過敏症 <input type="checkbox"/> 悪性高熱症 <input type="checkbox"/> 血液疾患・脾腫・マラリア <input type="checkbox"/> 臓器移植のドナー・レピェント (造血細胞移植のドナーを除く) <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害・血栓症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 膠原病・アレルギー性疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨・関節の異常 <input type="checkbox"/> 眼疾患 <input type="checkbox"/> ショック既往 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内の手術・骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※詳細の記載がない場合、保険対象としないことがあります。		
ドナー保険適格性の採取医判定	上記より <input type="checkbox"/> 適格性基準を満たす、 <input type="checkbox"/> 適格性基準を満たさない、   と判定する		

**【採取に関する情報】** 末梢血幹細胞採取の場合は、G-CSFに関する項目についても記入して下さい。

造血幹細胞の種類	<input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞	G-CSF 投与開始予定日	20 年 月 日
採取予定日	20 年 月 日	G-CSF 製剤 (商品名)	

ドナー登録センター使用欄

登録確認年月日	20 年 月 日	担当者		登録番号	RS-
---------	----------	-----	--	------	-----

FAX での登録の際、ドナー登録センターより登録確認の連絡が遅れている場合は、お手数ですがドナー登録センターまでご一報下さい。