

日本造血細胞移植学会/日本造血細胞移植データセンター 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ますので、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	( ) - ( )	大学など連絡がつ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	レピエントとの関係	<input type="checkbox"/> HLA一致同胞 <input type="checkbox"/> HLA表現型一致血縁者 ( ) <input type="checkbox"/> HLA部分一致血縁者 ( )
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
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 (サングロッドで <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 ( ) 【必須】チェック項目の異常値・詳細 ( )		
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 ( ) 【必須】チェック項目の詳細 ( )		
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・レピエント (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 ( ) 【必須】チェック項目の詳細 ( )		
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	採取予定日	20 年 月 日
G-CSF 製剤 (商品名)	投与開始予定日 20 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン フィルグラスチム BS 注 ⇒ <input type="checkbox"/> [F] <input type="checkbox"/> [モチダ] <input type="checkbox"/> [テバ] <input type="checkbox"/> [NK] <input type="checkbox"/> [サンド] <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※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。