

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

ドナー保険として不適格な場合もご登録ください。

登録年月日 (記入日)	20 年 月 日	「造血細胞移植医療の 全国調査」研究 への参加同意	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	再登録の場合、 前回の登録番号	RS-
----------------	----------	---------------------------------	--	--------------------	-----

【担当医師連絡先】登録受付後、造血幹細胞採取報告書、重篤有害事象報告用紙等の資料を送付致します。

施設名	病院	診療科名	科
施設長名		施設長職名	
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	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ドナーとの 関係	<input type="checkbox"/> HLA 一致同胞 <input type="checkbox"/> HLA 表現型一致 ( ) <input type="checkbox"/> HLA 部分一致 ( )
ドナーに関する 確認事項	<input type="checkbox"/> 高度の肥満 (BMI ≥ 30) (BM) <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 (サンプロットで <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"/> 尿酸 > 8mg/dL (PB) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (服薬の有無に関わらず) > 240mg/dL (PB) (LDL < 140mg/dL 除く) <input type="checkbox"/> %VC < 70%、FEV1.0% < 70% (BM) <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 食後2時間 (空腹時) 血糖 > 180mg/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) ※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。	<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"/> 痛風・高尿酸血症 (PB) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <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 ※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。	<input type="checkbox"/> G-CSF に対する過敏症 (PB) <input type="checkbox"/> 悪性高熱症 <input type="checkbox"/> 血液疾患・脾腫・マラリア <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 臓器移植のドナー・レシピエント (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 (治療後1年以内) (PB) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <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 ( )				
専門医の判定	チェック項目について当該領域専門医の判定は <input type="checkbox"/> 採取可 <input type="checkbox"/> 採取不可 と確認した				
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。