

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 9:00～17:00（ただし、土日、祝・祭日、年末年始、夏季休業日を除く）

FAX：0561-65-5822、TEL：0561-65-5880

※FAXでの登録後、2営業日以内に登録受付確認票をFAXにてお送りいたします。お急ぎの場合は、お手数ですが日本造血細胞移植データセンター（ドナー登録センター）までご一報下さい。

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	「造血細胞移植および細胞治療の全国調査」 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		診療科名	
施設長名		施設長職名	
担当医師名	(ふりがな)	資料送付先：	〒□□□-□□□□
担当医連絡先	TEL () - FAX () -	連絡がつきにくい場合：院内 PHS など 担当医以外に連絡を希望する場合：TEL など () -	

【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	レシピエントとの関係	<input type="checkbox"/> HLA一致同胞 <input type="checkbox"/> HLA表現型一致 () <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 \geq 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、 γ GTP；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)	<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	<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 <input type="checkbox"/> 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/NIG] <input type="checkbox"/> [NK] <input type="checkbox"/> [サンド] <input type="checkbox"/> ジーラスタ <input type="checkbox"/> その他 ()		