

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	☐ 同意 ☐ 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	☐ 男 ☐ 女	レビメントとの関係	☐ HLA一致同胞 ☐ HLA表現型一致 () ☐ HLA部分一致 ()
ドナーに関する 確認事項 ※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。 ※脾腫・クレアチニンの所見がある場合は「その他」の項に記載してください。	☐ 高度の肥満(BMI≥30)(BM) ☐ 成人における低体重(男性：45kg未満、女性：40kg未満) ☐ 高血圧(服薬の有無に関わらず収縮期>180mmHg、拡張期>100mmHg) ☐ 低血圧(収縮期<90mmHg) ☐ 妊娠・授乳中・出産後・流産・中絶後 ☐ 感染症検査 → ☐ HTLV-1陽性(サングロッドで ☐ モノクローナル、 ☐ オリゴクローナル、 ☐ ポリクローナル) ☐ HIV陽性 ☐ その他 () ☐ 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) ☐ Hb；成人男性<13g/dL (BM), 12g/dL (PB)、女性・小児<12g/dL (BM), 11g/dL (PB) ☐ GOT、GPT、T-Bil、γGTP；施設基準の2倍↑ ☐ 尿酸 > 8mg/dL (PB) ☐ 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) ☐ %VC<70%、FEV1.0%<70% (BM) ☐ 心電図異常 ☐ 食後2時間(空腹時)血糖>180mg/dL ☐ 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。 ※保険加入適格基準を参照し、チェック項目以外の該当所見がある場合は「その他」の項に記載してください。	☐ 血液疾患(鉄欠乏性貧血を除く)・脾腫 ☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 脳血管障害・神経疾患 ☐ 消化器疾患 ☐ 痛風・高尿酸血症(PB) ☐ 甲状腺機能異常 ☐ 糖尿病 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 喘息 ☐ 膠原病・アレルギー性疾患 ☐ 骨・関節の異常 ☐ 眼疾患 ☐ 前立腺肥大 ☐ 更年期障害 ☐ 精神性疾患 ☐ 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。 ※保険加入適格基準を参照し、チェック項目以外の該当所見がある場合は「その他」の項に記載してください。	☐ G-CSFに対する過敏症(PB) ☐ 悪性高熱症 ☐ 血液疾患・脾腫・マラリア ☐ 喘息 ☐ 臓器移植のドナー・レビメント(造血細胞移植のドナーを除く) ☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 脳血管障害・血栓症 ☐ 痛風(治療後1年以内)(PB) ☐ 甲状腺機能異常 ☐ 膠原病・アレルギー性疾患 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 骨・関節の異常 ☐ 眼疾患 ☐ ショック既往 ☐ 6ヶ月以内の手術・骨折 ☐ 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 ☐ 採取可 ☐ 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 ☐ 適格性基準を満たす、 ☐ 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	☐ 骨髓 ☐ 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	
	☐ グラン ☐ ノイトロジン フィルグラスチム BS 注 ⇒ ☐ [F] ☐ [モチダ] ☐ [テバ/NIG] ☐ [NK] ☐ [サンド] ☐ ジーラスタ ☐ その他 ()		