

有限責任中間法人 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。また、ドナー保険の不適格者であっても、全例登録をお願いします。

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。

採取時の年令	オ	レビ [®] ントとの関係	H L A 一致同胞 H L A 表現型一致血縁者 () H L A 部分一致血縁者 ()
性別	男 女		
ドナーに関する 確認事項	高度の肥満 (BMI 30) 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) 感染症検査陽性 HIV 陽性 その他 () 検査値異常 (チェックした場合は異常値・所見を記入して下さい) Hb; 成人男性 < 13g/dL、女性 < 12g/dL GOT、GPT、T-Bil、GTP; 施設基準の2倍 総コレステロール値 (服薬の有無に関わらず) > 240 mg/dL 心電図異常 %VC < 70%、FEV1.0% < 70% その他 () 異常があった場合の詳細 () 妊娠・出産・授乳中		
治療中、服薬中の疾患 (合併症)	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 糖尿病 痛風 甲状腺機能異常 悪性腫瘍 喘息等膠原病・アレルギー性疾患 骨・関節の異常 その他 () チェック項目の詳細 ()		
既往歴	G-CSF に対する過敏症 悪性高熱症 血液疾患 (鉄欠乏性貧血を除く)・脾腫 心疾患 肺疾患 肝疾患 腎疾患 脳血管障害・神経疾患 糖尿病 痛風 甲状腺機能異常 喘息 膠原病・アレルギー性疾患 悪性腫瘍 骨・関節の異常 臓器移植のドナー・レビ [®] ント (造血細胞移植のドナーを除く) その他 () 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 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	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	R S -
---------	----------	-----	------	-------

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。