**移植相談用紙（2022.4改訂版）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載日 | /　/ | 病院名 |  | 医師名 |  |
| 担当医アドレス(メール連絡可の場合) | @ |
| 患者イニシャル |  | 年/性 | 歳/ | 身長・体重 | cm/　　　kg |
| 疾患名・分類 |  | 血液型 | （Rh　） |
| 診断日 | 　　/　/ | 染色体異常 | 無・有( ) |
| リスク分類 |  |
| 現在の疾患状態 |  | PS |  |
| 輸血 | 無・有(頻度： )、HLA-PC(無・有)、CMV陰性血(無・有) |
| 既往歴 |  |
| 併存症 |  |
| 心機能 | EF　%・未検 | 腎機能 | 正常/低下 | その他臓器障害 |  |
| 感染症の既往 |  |
| 活動性感染症 |  |
| 歯科 |  | 肛門病変 |  | 副鼻腔 |  |
| 精子卵子保存 | 希望：有・無・未定、保存：済・未、その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 治療経過 |  |
| 理解力 |  | 性格 |  |
| 移植意思 |  | Key person |  | Caregiver |  |
| 社会背景(職業、家族構成など) |  |
| 生活保護受給者か(治験等の適格性判断のため) | No・Yes・不明 |
| 患者HLA測定 | 済・未・結果待ち | 血縁ドナー候補 | 　　　　人 |
|  | 年齢/性別 | 患者との続柄 | 併存症・既往歴・その他特記事項 | HLA測定 |
| 血縁者1 | 歳/ |  |  | 済・未・結果待ち |
| 血縁者2 | 歳/ |  |  | 済・未・結果待ち |
| 血縁者3 | 歳/ |  |  | 済・未・結果待ち |
| その他血縁者 |  |
| ＊HLA情報と、バンクドナー・臍帯血情報の検索結果を添付して下さい |
| 備考 | （その他問題点、気になる点があればご記載下さい） |

送付先：大阪公立大学　血液腫瘍制御学　**FAX 06-6646-6016**

＜リスク分類の例＞（同種造血幹細胞移植ポケットマニュアル　第4版より）

■**AML（APL以外の成人AML）**



■**MDS：IPSS-R**





■**ALL（AYA世代以外のPh陰性ALL）**

