

HCTC 施設間連携シート

血縁ドナー情報				記載日： 年 月 日	
ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
身長 / 体重	cm / kg		血液型	() 型 RH (+ -)	
連絡先			連絡しやすい時間		
居住地			キーパーソン		
患者との関係			同居家族		
コーディネート 進捗状況	HLA 検査		検査日： 年 月 日 * 結果添付		
	検査施設(支払先)		自施設 ・ 検査会社()		
	検査費用負担者		患者 ・ ドナー ・ 他()		
	説明資料		自施設・リレーション・拠点・他()		
	HLA 検査結果 説明内容(どう伝えられているか)				
	採取前健診		未 ・ 済 (年 月 日) * 結果添付		
既往歴	迷走神経反射(有・無・不明)、輸血歴(有・無・不明)				
治療中の病気	うつ(有・無・不明)				
常用薬 (サプリメント含む)	ピル(有・無・不明)、AGA(有・無・不明)、更年期内服(有・無・不明)、プラセンタ(有・無・不明)				
健康診断	無 ・ 有()				
アレルギー	無 ・ 有 ()		妊娠歴 ※女性のみ	産後1年以内 ・ 授乳中 ・ 流産、中絶半年以内 ・ 妊娠予定	
嗜好品	喫煙	無 ・ 有 (本/日)			
	飲酒	無 ・ 有 (週 回、1回量;)			
身体情報の備考	ピアス(有; 年前・無)、刺青・アートメイク(有; 年前・無)				
患者の病気に対する理解					
提供についての思い					
ドナーになるにあたり気になることや心配					
提供に関して家族の思い					
採取方法の希望	BM ・ PB ・ どちらでもよい				
仕事・学校	職業			休み都合等	
備考					
記載者	氏名：		所属：		連絡先：

※すべての項目を記載する必要はありませんので、該当しない項目は空欄もしくは削除してご使用ください。