

※記入例		血縁ドナー情報		記載日: 2024 年 10 月 1 日
ふりがな 氏名	きにゆう あり 記入 有	生年月日	1992 年 8 月 1 日 (32 歳)	
身長 / 体重	155 cm / 50 kg	血液型	(A) 型 RH (+) (-)	
連絡先	00*****	連絡しやすい時間	平日 12 時前後	
居住地	大阪市内	キーパーソン	母	
患者との関係	姉	同居家族	両親	
コーディネート 進捗状況	HLA 検査	検査日: 2024 年 9 月 5 日 *結果添付		
	検査施設(支払先)	自施設 ・ 検査会社(HLA 研究所)		
	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)	4/8 アレルマッチ ハプロ適合でドナーとなるが、骨髄バンクにフルマッチドナーが見つければフルマッチドナーが優先		
	採取前健診	(未) ・ 済(年 月 日) *結果添付		
既往歴	無 迷走神経反射(有(無)不明)、輸血歴(有(無)不明)			
治療中の病気	子宮内膜症があり、ピル服用中 うつ(有(無)不明)			
常用薬 (サプリメント含む)	ピル(ジェノゲスト)服用中 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(指摘事項なし)			
アレルギー	無 ・ 有 (金属)	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(月 1 回程度、1 回量; ビール 350 ml 1 缶/日)		
身体情報の備考	採取前 1 か月間ピル服用中止の必要があると説明、かかりつけ婦人科とも相談するよう伝え済 ピアス(有; 約 10 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	IC 同席され理解良好			
提供についての思い	妹のためにできることは協力したい			
ドナーになるにあたり気になることや心配	仕事の調整、シフト勤務のため 1 か月前までにできれば調整して欲しい			
提供に関して家族の思い	両親の心配はあるが反対はない			
採取方法の希望	BM ・ PB ・ どちらでもよい			
仕事・学校	職業	看護師	休み都合等	夜勤ありシフト制
備考	シフト勤務のため 1 か月前までに採取スケジュール調整希望			
記載者	氏名: ●●●●		所属: 看護部	連絡先: 00*****

※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。