

## HCTC 施設間連携シート

| 患者情報                  |                                                                                                 |                                |                    | 記載日： 年 月 日                  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| ふりがな<br>氏名            |                                                                                                 |                                | 生年月日               | 年 月 日<br>( 歳)               |
| 身長 / 体重               | cm /                                                                                            | kg( 時点)                        | 血液型                | ( ) 型 RH ( + - )            |
| キーパーソン                |                                                                                                 |                                | ケアギバー              | 来院頻度( )                     |
| PS                    | 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4                                                                               |                                | セルフケア              | 自立・介助要( )<br>薬管理：本人管理・配薬( ) |
| 感染巣チェック               | 肛門病変                                                                                            | 未評価・無・有( )                     |                    | 受診：無・有( )                   |
|                       | 副鼻腔                                                                                             | 既往：無・有( )                      |                    | 画像検査：無・有 ( )                |
|                       | 歯科                                                                                              | 義歯・智歯・齲歯・歯槽膿漏・口内炎<br>清掃状態；良・不良 |                    | 受診：無・有( )                   |
| 妊孕性温存                 | 情報提供：無・有 希望：無 ・ 有 ・ 希望未定 ・ 受診済 ・ その他( )<br>配偶子保存：精子 ・ 未受精卵 ・ 受精卵 ・ 卵巣組織<br>＊保存日( 年 月 日) 保存施設( ) |                                |                    |                             |
| 移植についての説明             | 年 月 日                                                                                           |                                | 同席者                |                             |
| IC 内容/質問など            |                                                                                                 |                                |                    |                             |
| 疾患・移植への理解<br>患者、家族の思い |                                                                                                 |                                |                    |                             |
| 家族構成・家族背景             |                                                                                                 |                                |                    |                             |
| 就労/就学状況               |                                                                                                 |                                |                    |                             |
| 社会資源                  | 傷病手当( 年 月～ 年 月まで)、障害年金、特定疾病、小慢、生活保護、( )                                                         |                                | 生計者                | 本人 ・ 家族( )・他( )             |
| 多職種介入                 | MSW ・ 緩和ケア ・ リエゾン ・ ( )                                                                         |                                |                    |                             |
| 患者 HLA 検査             | 未・済( 年 月 日) ＊結果添付                                                                               |                                | 支払先(自施設 ・ 検査会社 ・ ) |                             |
| 抗 HLA 抗体検査            | 未・済( 年 月 日) ＊結果添付                                                                               |                                | 支払先(自施設 ・ 検査会社 ・ ) |                             |
| 血縁者候補 1               | 氏名/ID( ) ( ) 歳 男・女 患者との関係( )<br>HLA 検査；有→ ＊ドナー情報添付<br>無→理由；意思なし・健康面( )・他( )<br>患者への説明；          |                                |                    |                             |
| 血縁者候補 2               | 氏名/ID( ) ( ) 歳 男・女 患者との関係( )<br>HLA 検査；有→ ＊ドナー情報添付                                              |                                |                    |                             |

## HCTC 施設間連携シート

|                     |                                                                                        |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | 無→理由;意思なし・健康面( )・他( )<br>患者への説明;                                                       |
| 血縁者候補 3             | 氏名/ID( ) ( ) 歳 男・女 患者との関係( )<br>HLA 検査;有→ *ドナー情報添付<br>無→理由;意思なし・健康面( )・他( )<br>患者への説明; |
| 血縁ドナーに関する<br>追加事項   |                                                                                        |
| 骨髄バンク               | 登録:無・有( 年 月 日) 免除:無・有・申請中・未聴取<br>添付:*患者確認検査結果 *最新ステータスレポート *開始ドナー情報 *ドナー確認検査結果         |
| 当院でのドナーコーディネート経過    |                                                                                        |
| 療養上の様子              |                                                                                        |
| 注意点や配慮が必要な点(トラブルなど) |                                                                                        |
| 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。