

受理日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

整理番号 \_\_\_\_\_

日本さい帯血バンクネットワーク  
臍帯血申込書

東海大学 臍帯血バンク 宛

F A X : 0 4 6 3 - 9 2 - 2 6 9 5

提供希望臍帯血番号 \_\_\_\_\_

イニシャル (姓・名) \_\_\_\_\_ ふりがな 氏名 (郵送時に記載) \_\_\_\_\_

性別 男・女 身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年齢 \_\_\_\_\_歳\_\_\_\_カ月

血液型 ABO型 \_\_\_\_\_ Rh型 \_\_\_\_\_ (女性の場合には妊娠歴\_\_\_\_回)

HLA型 A \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DR \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

HLA(DNA) A \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DRB1 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(御家族を含めHLA検査結果のコピーも合わせてお送り下さい。また患者様のHLA抗体検査をお勧めします)

疾患名 \_\_\_\_\_

病期 \_\_\_\_\_ 発症時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

家族歴 \_\_\_\_\_ 既往歴 \_\_\_\_\_

合併症 (感染症を含む) \_\_\_\_\_

移植歴 なし あり \_\_\_\_\_ 輸血歴 なし あり \_\_\_\_\_

治療経過 (臍帯血移植を希望する理由も記載)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ドナー候補 血縁者 なし あり \_\_\_\_\_ 骨髄バンク なし あり (\_\_\_\_人)

移植計画 提供希望日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

移植予定日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (確保期限は3カ月)

\* 搬送担当 運送業者 移植施設 臍帯血バンク

\* 搬送容器 バンク所有の容器を使用 移植施設の容器を使用

(搬送中の事故に対する損害保険は掛けられていない事をご了承ください。また、  
運送業者をご利用の場合、料金は現地引き渡し払いとなります。)

移植担当医師 \_\_\_\_\_ 印

施設名 \_\_\_\_\_ 診療科名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ 利用者 ID 番号 \_\_\_\_\_

(\*必ずご記入ください)