

移植施設 移植調整部 国際担当

## 海外骨髄バンクドナーのコーディネート開始依頼書

財団法人 骨髄移植推進財団 御中

骨髄移植推進財団に登録中の患者さん \_\_\_\_\_ 様 (ID # \_\_\_\_\_) および患者さんのご家族に対し、海外骨髄バンクを介したドナーコーディネートの手続き・費用等の説明を『海外骨髄バンクコーディネートマニュアル』および『海外バンク患者負担金』にもとづいて行ない、すべての項目について患者さんおよびご家族の同意を確認しましたので、別紙に指定するドナーとのコーディネート開始を依頼します。

20 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

移植施設名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科

移植施設担当医師 (自署) \_\_\_\_\_

## &lt; 患者同意書 &gt;

( 移植施設担当医師 ・ 登録責任医師 ) \_\_\_\_\_ 医師から、海外骨髄バンクを介したドナーコーディネートの手続き・費用等に関して、『海外骨髄バンクコーディネートマニュアル』および『海外バンク患者負担金』にもとづいて十分な説明を受け、理解しました。特にコーディネートのルールが日本とは異なることや、マラリアの感染が起こりうる流行地域に居住しているドナーであったり、その国で流行する感染症が疑われるドナーであったりすることも理解しました。また、患者負担金は海外バンクが定める料金表にもとづいて請求されることを了解し、ドナーのコーディネートを開始することに同意します。

20 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_ / 代諾者氏名(自署) \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )

年齢・体調などの理由で家族の代諾となる場合は、患者と代諾者の両方の氏名を、代諾者が記入してください。