

非血縁者間骨髄/末梢血幹細胞採取認定施設  
採取責任医師 各位  
調整医師 各位

公益財団法人 日本骨髄バンク  
ドナーコーディネート部

## 確認検査判定手順および確認検査報告書(問診票)の変更について(通知)

拝啓 日頃より骨髄バンク事業へのご協力をいただき、誠にありがとうございます。

今般、確認検査判定方法を見直し、運用することとなりました。併せて、判断しにくいご意見が寄せられていたドナー確認検査報告書(以下「問診票」)の上肢血管確認箇所についても変更いたします。

つきましては、下記を確認いただき、ご対応のほどお願い申し上げます。

敬具

### 記

#### 1. 確認検査判定方法の変更について

##### 【現行】

調整医師記載の「問診票」と「血液一般検査結果」により、全件、地区代表協力医師が「適格」「不適格」「再検査」を判定する。



##### 【新運用】

検査結果により明らかに「適格」「不適格」「再検査」の振り分け可能なものは、地区代表協力医師を経由せず、地区事務局が判定入力を行う。確認が必要な場合、従来通り地区代表協力医師の判断を仰ぐ。

※11/17(水)帳票変更分より順次ご対応ください。

#### <変更後の手順>

1) 確認検査 適格の場合、問診票①②のいずれかを調整医師にチェックいただく。

調整医師 判定結果	
<input type="checkbox"/> 適格 (採血する) (食後 時間)	
↳	<input type="checkbox"/> ① 血液一般検査結果に問題がなければ適格 <input type="checkbox"/> ② 最終判定は地区代表協力医師へ
<input type="checkbox"/> 保留 (採血しない) 理由(	)
<input type="checkbox"/> 不適 (採血しない) 理由(	)

※問診の結果、特に問題なく、血液検査結果で判定可能とお考えの場合は①にチェックをしてください。

「適格」と判断して採血実施したが、最終的な判定は、血液検査結果と併せて地区代表医師に委ねるという場合には②にチェックをしてください。

## 2. 確認検査報告書(問診票)の内容変更について

### 変更箇所: 4. 上肢の血管確認

血管確認の際には、左右それぞれ「18G 相当の穿刺針」の使用が可能かどうかの判断をお願いします。

現 行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・BMH は、上肢で自己血採血ができる程度の血管が確保できる( はい ・ いいえ )</li> <li>・PBSCH は、上肢で PBSC 採血可能な血管が確保できる( はい ・ いいえ )</li> </ul>	適・不適・保留 (採血する) 適・不適・保留 (採血する)
変更後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・BMH は、上肢で自己血採血ができる程度の血管が確保できる( 可 ・ 不可 )</li> <li>・PBSCH は、上肢で PBSC 採血可能な太い(18G 穿刺相当)血管が確保できる                右( 可 ・ 不可 ・ 保留* ) / 左( 可 ・ 不可 ・ 保留* )                *保留とする理由: _____</li> </ul>	適・不適・保留 (採血する) 適・不適・保留 (採血する)

※別紙 ドナー確認検査報告書(問診・診察所見「見本」)をご参照ください。

以 上

地区(郵送) → コーディネーター / 調整医師(郵送) → 地区事務局

## 骨髄・末梢血 ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)(1/2)

ドナー 様(ID - ) 年齢 歳 ( 性別 )

担当コーディネーター

地区事務局からの申し送り:

上記について確認した内容をご記入ください

## &lt;問診・視診・診察所見&gt;

身長: \_\_\_\_\_cm・体重: \_\_\_\_\_kg (男≧45kg、女≧40kg)

⇒BMI=体重 kg÷(身長×身長 m) = \_\_\_\_\_(&lt;30)

血圧: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_mmHg

〔収縮期圧≦150mmHg、≧90mmHg〕

脈拍: \_\_\_\_\_回/分

拡張期圧≦100mmHg

適・不適

適・不適

適・不適・保留

1. 現在検査中・治療中の疾患 なし・あり⇒( )

適・不適・保留

2. 既往疾患 ありの場合☑ ( )内に詳細を記入してください。

適・不適・保留

☐ 呼吸器疾患 ( )☐ 肝疾患 ( )☐ 腎疾患 ( )☐ 心血管疾患 ( )☐ 血液疾患 ( )☐ 内分泌・代謝疾患 ( )☐ 糖尿病 ( )☐ 膠原病 ( )☐ 悪性腫瘍 ( )☐ 脳血管疾患・神経疾患(けいれん性疾患) ( )☐ 薬物・食物アレルギーでのショックの既往 ( )☐ 悪性高熱症☐ 下肢静脈瘤☐ 血管迷走神経反射(I度・II度・III度)( )☐ 睡眠時無呼吸症候群 ( )☐ その他 ( )3. 問題となりうる所見 なし・あり⇒ ( )

適・不適・保留

4. 上肢の血管確認

BMH は、上肢で自己血採血ができる程度の血管が確保できる ( 可 ・ 不可 )

適・不適・保留

(採血する)

PBSC は、上肢で PBSC 採血可能な太い(18G 穿刺相当)血管が確保できる

右( 可 ・ 不可 ・ 保留\* ) / 左( 可 ・ 不可 ・ 保留\* )

適・不適・保留

(採血する)

\*保留とする理由: \_\_\_\_\_

地区(郵送) → コーディネーター / 調整医師(郵送) → 地区事務局

## 骨髄・末梢血 ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)(2/2)

ドナー

様(ID

)年齢

歳(1)

5. HB ワクチン接種歴 なし・あり⇒いつ頃 ( )

6. 輸血歴 なし・あり  
 ありの場合⇒(理由: ) いつ頃: 回 ml)

7. 麻酔歴 なし・あり ⇒ (全麻・腰麻・硬膜外・局所麻酔・不明)  
 ありの場合⇒(理由: )  
 家族(血縁者)で麻酔歴があり、悪性高熱症・アナフィラキシーショックの副作用のあった方:  
不明・なし・あり⇒( )

8. 血縁者の遺伝性疾患の既往: 不明・なし・あり  
 ありの場合⇒(詳細: )

9. たばこ 吸わない・吸う: 喫煙歴( )年・( )本/日・禁煙した( )年前  
 飲酒 飲まない・飲む: ( )回/週 1回の量( )

10. 1ヶ月以内の献血 なし・あり⇒(全血 200ml・400ml・成分: )  
 成分献血の経験 なし・あり

11. 女性の場合のみ  
 ① 妊娠中、分娩後1年以内(該当しない・該当する)  
 ② ピル服用 なし・あり⇒採取4週間前に服用中止(可能・不可能・主治医に相談)

\* 健康上、またコーディネート上採取に不適格となるような問題がある場合は採血前に地区事務局にご連絡下さい。

## 調整医師 判定結果

- ☐ 適格(採血する) (食後 時間)  
 ↳ いずれかを選択 ☐ 血液一般検査結果に問題がなければ適格  
☐ 最終判定は地区代表協力医師へ

- ☐ 保留(採血しない) 理由( )  
☐ 不適(採血しない) 理由( )

<特記事項>骨髄・PBSC いずれかに不適格事項がある場合は必ずご記入ください。

☐ 採血管 ID とドナーID 確認しました

※採血前にドナーID と採血管 ID に相違がないか再度ご確認ください。

☐ 海外発送用検体の採血しました

※国際コーディネートの場合、海外発送用検体をご確認ください。

施設名 \_\_\_\_\_

調整医師(自署) \_\_\_\_\_

記入日 20 年 月 日