

個人情報の取扱いについて

私の個人情報は、別冊「ドナーのためのハンドブック」(個人情報の取扱いについて)の説明の範囲内で使用することに、同意します。(必ずご署名ください。)

(ふりがな)
氏 名 _____

ドナーID _____

必ず説明書をお読みの上、質問全てに黒のペンではっきりとお答えください。

1. ドナーになる意思があり、骨髄または末梢血幹細胞提供に向けてのコーディネートを希望しますか？
 a. 希望する ⇒ 2. 以降の設問と問診票にご記入ください
 b. 希望しない、事情があってできない

b. の場合は、今後の骨髄および末梢血幹細胞提供のドナー登録の希望と差し支えなければ理由をお書きください。

*骨髄および末梢血幹細胞提供ともに「保留」を希望される場合は、同一期間をご指定ください。

骨髄提供について

末梢血幹細胞提供について

保留 (年 月まで)

保留 (年 月まで)

取消

取消

[理由]

[理由]

2. 家族の同意について ※ご提供には必ず家族の同意が必要ですのであらかじめよくご相談ください。

話し合った家族は : 配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他 ()

同意を得られた家族は : 配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他 ()

同居している家族は : 配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他 ()

下記の資料が必要な場合はご記入ください。

「ドナーのためのハンドブック」

ドナー登録案内「チャンス」

ビデオ/DVD(貸出)「骨髄バンクドナー登録希望者の方へ」 ※骨髄バンクホームページからも視聴できます
 どちらかにVをつけてください。 □ビデオ □DVD (YouTube 公式チャンネルバナーをクリック)

<送付先>

住所: 〒 _____

氏名: _____ (続柄) _____ TEL: _____

3. 連絡方法 (月～金の9:00～17:30に連絡可能な連絡先も必ずご記入ください。)

※ 自宅 (時～ 時) 携帯: _____ TEL: _____

住所: 〒 _____

※ 勤務先 (時～ 時) 名称: _____ TEL: _____

: () バンクを名乗らず呼び出してほしい。

4. 確認検査の希望日・不都合日 (月～金 午後3時ごろまでに来院いただきます。)
 希望日) _____ 不都合日) _____

5. 骨髄採取または末梢血幹細胞採取のために入院できない時期があればご記入ください。

6. コーディネートに進むにあたっての質問や不安があればご記入ください。

以下の質問は、ドナーの方と移植を受けられる患者さんの安全を守るために伺うものです。
記載内容は、コーディネート以外の目的に使用することはありません。

(ふりがな) 氏名	(男・女)	生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳) 年
身長	cm	体重	kg
		日頃の血圧 (上	/下 mmHg)

1. 今までに次の病気にかかったか(既往歴)、あるいは現在治療中かどうか、該当する場合☑してください。

既往歴		治療中		既往歴		治療中	
1. アレルギー疾患 (花粉症・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 甲状腺疾患 (甲状腺機能低下症/亢進症 (その他))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 悪性腫瘍 (がん)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 遺伝性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 自己免疫疾患 (膠原病など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 悪性高熱症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. 視聴覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 運動麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. 深部静脈血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 大けが(手術を伴う)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. 心臓病(虚血性心疾患・心膜炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. カルチノイド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. 精神疾患(うつ病・統合失調症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. 前立腺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 乾癬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. 腸骨からの骨移植	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 下肢静脈瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ネフローゼ症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 肝臓病 (ウイルス性肝炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. 脳血管疾患(脳卒中など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. 肺塞栓症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. クロウン病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. 梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. 皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. マラリア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 頸椎・腰椎疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. 慢性腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. けいれん性疾患(てんかんなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. リウマチ熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 血液疾患 (貧血) (白血病など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. 緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ 上記に該当する方・・・病名、発症時期、治療・検査内容等を具体的に記入してください。

病名 (具体的に)	いつから(いつまで)	治療・検査内容	現在の状況
1)			
2)			
3)			

2. 上記1. 以外で、今までにかかったか、あるいは現在治療中の病気やけがはありますか。

はい : いいえ

「はい」の方・・・病名、発症時期、治療・検査内容等を具体的に記入してください。

※1カ月以上通院した病気、けが、もしくは1カ月以上継続して内服治療をされた方は必ずご記入ください。

病名 (部位など具体的に)	いつから(いつまで)	治療・検査内容	現在の状況
1)			
2)			

3. 現在使用している薬(内服薬・塗布薬・点鼻薬・点眼薬など)がありますか。 はい：いいえ

「はい」の方・・・薬品名 () (医師処方・市販薬・個人輸入)
 使用の理由 () いつ頃から ()
 今後の使用予定・・・継続・終了 () 頃まで) ・不明

※ 原則内服治療終了が確認できなければコーディネートを進めることができません。
 ※ 子宮内膜症や避妊のためピル内服中の方もご記入ください。ただし、採取1カ月前から服薬できません。
 ※ 処方薬の場合、内服治療を終了できるかを、かかりつけの医師にご相談ください。

4. 今までにご自身が受けた健康診断や献血で、何か異常の指摘を受けたことはありますか。
 また「要検査・要観察」となっている項目がありますか。 はい：いいえ
 (□要検査・□要観察)

「はい」の方・・・指摘された病名、再検査・精密検査の有無、現在の状況を具体的に記入してください。

項目(具体的に)	いつ	治療・検査の内容	現在の状況(結果)
		検査結果:数値等	
		治療の有無:	

※ 心電図検査結果で異常のあった方は、その項目、診断名をご記入ください。
 ※ 観察が必要だったり精密検査が必要な項目がある場合は、コーディネート中に悪化する可能性もあるため、再検査などで問題ないことが確認されるまでコーディネートを進めることができません。

5. 今までに薬または食べ物などによるアレルギーはありましたか。 はい：いいえ

「はい」の方・・・いつ頃 ()
 どのような薬、食べ物でしたか。 ()

どのような症状でしたか。該当する症状に○を記入してください。

皮疹・頭痛・嘔吐・発熱・血圧低下・呼吸困難・意識障害

その他の症状 ()

6. 今までに腰痛や首の痛みはありましたか。 はい：いいえ

「はい」の方・・・ □ 現在、症状なし いつ頃 ()
 □ 現在、症状あり いつから ()

症状: 経過や現在(過去)の状況について具体的な発症頻度も含めて記入してください。
 ()

通院: □ あり (□ 通院歴あり □ 現在、通院中)

通院先: □ 整形外科 □ その他の診療科 : ()

診断名 () ・ なし ・ 不明

時期 () 年 月頃～ () 年 月頃)

治療(手術)内容 ()

検査内容 (レントゲン・MRI・CT その他: ()

□ 整骨院・接骨院

□ なし

※ 現在、腰痛や首の痛みがある方は骨髄もしくは末梢血幹細胞採取の後、痛みが強まることがあります。そのため手術歴がある方はコーディネートを進めることができません。また5年以内に症状があったり治療を受けた方はコーディネートを進められない場合があります。

7①. 過去3カ月以内にマラリアの予防薬を内服したことがありますか。 はい：いいえ
「はい」の方・・・いつ頃（ 年 月頃）

7②. 海外渡航(滞在・居住含む)された経験はありますか はい：いいえ
※「はい」の方のみ、以下a.～ g. の質問にお答えください。

a. 1980年以降、ヨーロッパ諸国に通算5年以上滞在しましたか。 はい：いいえ
「はい」の方・・・国名（ ）
時期（ ） 期間（ ）

b. 1980年以降、スイスに通算6カ月以上滞在しましたか。 はい：いいえ

c. 1980年～2004年に、以下の1カ国または複数の国に通算6カ月以上滞在しましたか。
アイルランド・イギリス・イタリア・オランダ・スペイン はい：いいえ
ドイツ・フランス・ベルギー・ポルトガル・サウジアラビア

d. 1980年～1996年に、イギリスに通算1カ月以上滞在しましたか。 はい：いいえ

e. 過去1年以内に アジア・オセアニア・アフリカに旅行または滞在しましたか。
..... はい：いいえ

f. 過去3年以内にアジア・オセアニア・アフリカに1年以上滞在したことがありますか。
..... はい：いいえ

g. 過去に中南米に通算4週間以上滞在したことがありますか。 はい：いいえ

e.～g. で「はい」の方は下の表に記入してください。（記入欄が足りない場合は裏面にご記入ください）

国	都市名	ア-都市部 イ-整備されたリゾート地 ウ-農村部や森林地帯	渡航時期	期 間
		ア ・ イ ・ ウ		
		ア ・ イ ・ ウ		

8. 今後、海外渡航(滞在・居住含む)される予定はありますか はい：いいえ
「はい」の方は記入してください。 国： 都市名：
渡航予定： 年 月 日 期間：

9. 今までに次の薬を使用したことはありますか。
・ ヒト由来プラセンタ(胎盤)エキス注射薬 (ラエンネック・メルスモン等) はい：いいえ
・ 男性ホルモン はい：いいえ

10. B型肝炎のワクチン接種を受けたことがありますか。 はい：いいえ
「はい」の方・・・いつ頃（ ）

11. 今までに次のいずれかに該当することがありますか。 はい：いいえ
① クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD) および類縁疾患と医師に言われたことがある
② 血縁者にCJDおよび類縁疾患と診断された人がいる
③ 人由来成長ホルモンの投与を受けたことがある
④ 角膜移植を受けたことがある
⑤ 硬膜移植を伴う外科手術を受けたことがある

12. 今までに輸血や臓器の移植を受けたことがありますか。 ----- はい：いいえ
 「はい」の方・・・□輸血 いつ頃 () 理由 ()
 □臓器 部位 ()

13. この1年間に次のいずれかに該当することがありますか。 ----- はい：いいえ
 ① 不特定の異性と性的接触を持った
 ②(男性の方のみ) 男性同士で性的接触を持った
 ③麻薬、覚せい剤を注射した
 ④使用後の注射針を誤って自分に刺した
 ⑤上記の該当者やエイズ (HIV) 検査陽性の方と性的接触を持った

14. エイズ (HIV) 検査で陽性とされたことがある。 ----- はい：いいえ

15. タトゥー・ピアスについてお伺いします。

① 過去にタトゥー (いれずみ・アートメイク含む) をした。 ----- はい：いいえ
 「はい」の方・・・ (年 月頃) 部位は ()

② ピアスをしたことがある。 ----- はい：いいえ
 「はい」の方は下の表に記入してください。

部 位	耳	鼻	唇	舌	へそ	その他 ()
あけた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
現在つけている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
はずした時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

⇒ 医療機関あるいはディスポ (使い捨て) の器具を使ってあけた。 ----- はい：いいえ

16. 女性の方：妊娠、出産についてお伺いします。

- ・過去に妊娠したことはありますか ----- はい：いいえ
- ・妊娠中ですか ----- はい：いいえ
 「はい」の方・・・ (予定日 年 月)
- ・この1年間に出産をしましたか ----- はい：いいえ
 「はい」の方・・・ (年 月)
- ・現在、授乳中ですか ----- はい：いいえ
- ・この6カ月間に流産(中絶を含む)をしましたか ----- はい：いいえ
 「はい」の方・・・ (年 月)

17. 今までにドナー候補者のお知らせを受けたことがありますか。 ----- はい：いいえ
 「はい」の方・・・いつ頃 (年 月)

18. 今までに骨髄バンクを介した移植以外で骨髄提供や末梢血幹細胞提供をしたことがありますか。 ----- はい：いいえ

「はい」の方

骨髄提供・・・ 提供回数 : () 回、いつ頃 (年 月)、誰に (血縁者・それ以外)
 末梢血幹細胞提供・・・ 提供回数 : () 回、いつ頃 (年 月)、誰に (血縁者・それ以外)

※ 末梢血幹細胞提供に至らなくても、G-CSF (顆粒球コロニー刺激因子：薬名 グラン/ノイトロジンなど) の投与を受けたことがある場合は、提供回数に含みます。