

移植医師の方へ

術前健診時に追加検査を希望される場合は、本紙をご利用ください。

- \* FAX送信時に必ず電話連絡もお願いします。
- \* 術前健診日前、余裕をもってご依頼くださいますようお願いいたします。

本件に関するお問い合わせ先⇒ 移植調整部 TEL: 03-5280-4771

移植施設 → 採取施設 → 移植施設

移植前に希望するドナーの検査依頼書および結果報告書

患者ID: 8XXXXXXXX

ドナーID: 9XXXXXXXX

術前健診日: 4XXX年 2X月 2X日

採取日: 4XXX年 2X月 2X日

【移植施設】

施設名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FAX 12XXXXXXXXXX TEL 12XXXXXXXXXX

【採取施設】

施設名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FAX 12XXXXXXXXXX TEL 12XXXXXXXXXX

医師名 \_\_\_\_\_ 先生  
(ご記名ください)

医師名 10XXXXXXXXXX 先生

移植施設 → 採取施設				記入日 _____年__月__日
検査項目	検査方法	連絡事項	採取施設 → 移植施設	
<input type="checkbox"/> 特殊赤血球抗原検査			検査結果	
<input type="checkbox"/> EBVの抗体価検査				
<input type="checkbox"/> その他 具体的な項目をご記入ください				

※上記の検査項目は一例です。必要に応じ、施設間で協議のうえご対応ください。

※上記検査の依頼・結果報告については施設間で直接ご連絡ください。