日本骨髄バンク行き

**凍　結　申　請　書（新型コロナウイルス特別対応）**

申請日　20 　年　　月　　日

■患者情報 患者ID 　　　　　　　　　　 年 齢 　　　　　才（ 男 ・ 女 ）

疾患名 　　　　　　　　 　　 　 現在の病期

■凍結した場合の　 20 年 月 日

患者入院日

■元の前処置開始日 20 年 月 日 ■凍結した場合の 20 年 　 月 日

(予定日)　　　　　　　　　　　　 前処置開始予定日

■採取予定日 　　 20 年 月 日 ■凍結した場合の 20 年 　 月 日

移植予定日

■移植する幹細胞（　□ 骨髄 ・　□ 末梢血幹細胞　）

上記で選択した幹細胞（自家を含む）の凍結保存の経験　（　□ 有　・　□ 無　）

「院内における血液細胞処理のための指針」を遵守　　　（　□ 有　・　□ 無　）

1. **凍結した骨髄等が確実に使用されると判断した根拠**

**※患者病状や経過などから、**確実に移植可能と判断した理由　を記載してください。

1. **万一、使われなかった場合、移植サイドで採取に関する費用を負担すること**

□了解しています

施設名：

診療科名：

氏　　名：

2023/2/3