返信用紙Ⅰ【提供意思確認書】◎　　記入日　2019年10月1日

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）こつずい　ばんこ
氏　名　骨髄　バン子

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
（　）保留（　　年　　月まで）
（　）取消
[理由]

末梢血幹細胞提供について
（　）保留（　　年　　月まで）
（　）取消
[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）（子供）

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（YouTube 公式チャンネルバナークリック）
どちらかにレをつけてください。　□ビデオ　□ＤＶＤ

＜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（9時～18時）携帯：090-1234-5678　TEL：

※自宅住所　〒012-3456 東京都千代田区神田錦町3-19
※自宅住所は必ずご記入ください。

※勤務先（9時～17時）名称：骨髄バンク病院　TEL：03-1234-5678
：（○）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）木、金曜日　　不都合日）月曜，月末

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。

月末は仕事の関係で、調整が難しい

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。

採取に伴なう痛に対し不安がある。
提供に関連する補償について確認したい。

A　-01-1