

患者コーディネートの進め方(国内) ダイジェスト版

コーディネートのポイントをまとめたものです。
ご質問等がございましたら、お気軽にお問合せください。

移植調整部 平日9:00～17:30

TEL 03-5280-4771 / FAX 03-5280-3856

2022年8月

1. 患者HLA確認検査の採血予約

①患者登録手続き後、患者HLA確認検査の「確認検査予約票」を登録医師にFAXします。

②SRLに予約票FAXとTELで、速やかに採血日を予約してください。

③SRLから採血管が送付されます。
採血から10～15営業日ほどで、HLA結果(NGS-SBT法)を報告します。

※患者さんが化学療法中や白血球数が少ないなど、結果への影響が懸念される場合は、口腔粘膜等での検査も可能です。
直接SRLにお問い合わせください。

「確認検査予約票」

移植調整部 (FAX) → 登録医師 (FAX) → (株) エスアールエル		SRL TEL 042-586-4440
本予約票をFAXされる前に、必ずSRLに電話連絡して下さい。		FAX 042-586-4413
他施設で採血する場合も、予約の手続きに関しては登録医師の責任にてお願いします。		
確認検査予約票		
株式会社エスアールエル 骨髓バンク担当様		送信日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ふりがな	<input type="text" value="こつずいたろう"/>	患者ID <input type="text" value="00000000"/>
※ 検査項目を変更する場合は、必ず事前に移植調整部 (TEL: 03-5280-4771) にご連絡下さい。		
HLA検査項目	採血管を2本以上ご希望の場合は、本数を記入ください	
移植歴 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	HLA-NGS	
※移植歴の有無を チェックしてください	<input type="checkbox"/> 体細胞 体細胞での実施をご希望の場合は チェックしてください	
施設名	バンク病院	
診療科名	血液内科	
登録医師名	日本花子	
採取資材	検体	住所 千代田区神田錦町3-19
お届け先	回収場所	TEL 03-3333-0000 FAX 03-3333-1111
() () 検査室	() () 外来	() () 医局
() () 病棟	() () その他:	
検体採血(採取)日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ am / pm : _____ 時頃	
<上記印刷された施設と異なる場所で患者HLA確認検査を実施する場合は下記にご記入ください>		
施設名	_____	
診療科名	_____	
担当医師名	_____	
住所	_____	
TEL	_____ FAX _____	
PRB005 2021.06.17		

2. ドナー検索／ドナーコーディネート開始

「患者登録同意書」を
移植調整部が受理した日に、
ドナー検索結果が移植医師にFAX
されます。

◎6抗原適合ドナー最大60名分(6枚)

◎5抗原適合ドナー最大40名分(4枚)



初回のみ、移植医師が直接
「医療機関支援機能(医師用画面)」から
最大10名のドナーを申込みます。

「HLA適合検索結果報告書」

HLA適合検索結果報告書 (1 / 4)

マニュアル検索 (6抗原適合検索) A座 B座 DR座 送信日 2022年12月31日

ミスマッチ検索 (5抗原適合検索)

施設名 バンク病院 担当医師 日本 花子 先生
血液内科

ID 00000000 患者 骨〇太〇

性別	年齢	HLA-A	HLA-B	HLA-C	HLA-DRB1
男性	65	24 31	61 51	10 14	4 4
O+	176 60	24:02 31:01	40:02 51:01	03:04 14:02	04:04 04:05

整理番号 居住地域	性別 年齢	HLA-A		HLA-B		HLA-C		HLA-DRB1		不可能な 検査日時
		抗原型 確定/参考	抗原型 確定/参考	抗原型 確定/参考	抗原型 確定/参考	抗原型 確定/参考	抗原型 確定/参考	抗原型 確定/参考	抗原型 確定/参考	
111111 兵庫県	女性40 O+ 160 50	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	14 14:05	2023/1/21
22222 栃木県	女性48 O+ 160 64	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	15 15:01	
33333 熊本県	女性50 O+ 168 60	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	14 14:54	
44444 神奈川県	女性25 O+ 146 52	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	15 15:01	
55555 千葉県	男性45 O+ 171 70	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	14 14:05	
66666 東京都	男性40 O+ 171 70	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	14 14:05	
77777 沖縄県	女性48 O+ 160 58	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	14 14:05	
88888 栃木県	女性23 O+ 157 55	24 24:02	31 31:01	61 40:02	51 51:01	10 03:04	14 14:02	4 04:05	14 14:05	

・この日までにコーディネートを開始すれば、ドナー確認検査が省略できる可能性があります。

・ここに日付があるドナーを選ぶと、コーディネート期間短縮につながります。

進行中ドナーが5名未満になったら、 2回目以降は

①リストからドナーを選んでFAXください。

②希望順にドナーを開始後、「開始ドナー情報のお知らせ」をFAXでお送りします。

※「整理番号」が「ドナーID」に変わります(例:22335 → 59-11389)

「ドナー申込(コーディネート開始)依頼書」

「開始ドナー情報のお知らせ」

移植調整部 FAX 03-5280-3856

施設名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

移植医師 10XXXXXXXXXX 先生 12XXXXXXXXXX 4XXX / 2X / 2X 送信
5XXXX 16XXXXXXXXXXXX

初回の場合のみ ドナー申込(コーディネート開始)依頼書
ここに「初回」と表示されます(※)

※「初回」のみ造血幹細胞移植支援システム(医療機関支援機能)から直接お申込みください。
【患者一覧】>骨髄・末梢血幹細胞(検索結果)>【適合検索結果(BM/PB)・申込】画面から「申込」

希望するドナーのピックアップをお願いいたします。
・同時進行ドナーは初回のみ10名、その後は最大5名です。
・進行するドナー人数を制限される場合は、ご連絡ください。

患者 10XXXXXXXXXX ID 8XXXXXXXX

希望順位	整理番号	年齢	体重	性別	バンク記入欄
					処理日 ドナーID
1		才	Kg	男 / 女	/ -
2		才	Kg	男 / 女	/ -
3		才	Kg	男 / 女	/ -
4		才	Kg	男 / 女	/ -
5		才	Kg	男 / 女	/ -
6		才	Kg	男 / 女	/ -
7		才	Kg	男 / 女	/ -
8		才	Kg	男 / 女	/ -
9		才	Kg	男 / 女	/ -
10		才	Kg	男 / 女	/ -

進行中ドナー: 2X名

整理番号他、ドナー情報をご記入ください

○進行中ドナーが4名以下となった場合は、ドナー情報をご記入のうえ移植調整部までFAXでお知らせください。移植調整部で受理後、翌営業日以内にコーディネートを開始し「開始ドナー情報のお知らせ」をお送りします。万一、届かない場合はご連絡ください。

○一度コーディネートしたドナーは、リスト(適合検索結果)に載りません。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師氏名 _____ (代筆可)

FBR15 2021.10.1

移植調整部 → 担当医師 (FAX)

FAX:03-1234-5678
送信日 2022年10月1日

開始ドナー情報のお知らせ

施設名 バンク病院
血液内科

担当医師 日本 花子 先生 FAX:03-1234-5678

ID_00000000

患者 骨〇太〇 様

・SBT法、NGS-SBT法以外のアレルデータには*印を付けています。
・血液型はドナーの自己申告も含みます。身長・体重は登録時のものであり、現状と異なる場合があります。
※参考アレルが特定できない場合はコードで表記しています。

ドナーID	居住国	性別	年齢	身長	体重	HLA-A	HLA-B	HLA-C	HLA-DRB1	HLA-DQB1	不可能な採取方法	
						抗原型	確定参考※	抗原型	確定参考※	抗原型	確定参考※	
患者情報	男性	65				2 02:06	3901 39:01	7 07:02	9 09:01			
	A+	176	60			24 24:02	52 52:01	12 12:02	15 15:01			
☆ 00-0000	千葉県	女性	30	154	45	2 02:06	3901 39:01	7 07:02	9 09:01			PB
	O+					24 24:02	52 52:01	12 12:02	15 15:01			
☆☆ 11-1111	神奈川県	男性	48	163	60	2 02:06	3901 39:01	7 07:02	9 09:01			
	O+					24 24:02	52 52:01	12 12:02	15 15:01			
☆☆ 22-222	茨城県	女性	50	155	50	2 02:06	3901 39:01	7 07:02	9 09:01			
	O+					24 24:02	52 52:01	12 12:02	15 15:01			
33-3333	神奈川県	男性	55	167	62	2 02:06	3901 39:01	7 07:02	9 09:01			
	O+					24 24:02	52 52:01	12 12:02	15 15:01			

■初回※に限り、ドナー候補者を「造血幹細胞移植支援システム(医療機関支援機能)から直接、最大10名まで申込可能です。
(必ずしも10名選択する必要はありません)

■進行中ドナーが5名未満になると、最新のドナー検索リストをお送りします。
■「ドナー申込(コーディネート開始)依頼書」に、進行可能数以上の整理番号が記載されている場合には、ドナーが終了となる都度、順次新たなドナーコーディネートを開始します。

3. ドナー確認検査 結果報告

ドナー確認検査では、スクリーニング検査とHLA検査を実施します。

※検索時からHLA-A,B,C,DRのアリルが揃っている場合はスクリーニング検査のみとなります。

「ドナーHLA確認検査結果のお知らせ(速報)」

(1) HLA検査結果速報

スクリーニング結果での適格性判定前に、HLA(蛍光ビーズ法)結果のみ先に報告する場合があります。

不採用の場合は速やかにご返信ください。



年 月 日
(公財) 日本骨髄バンク 移植調整部
TEL:03-5280-4771 FAX:03-5280-3856

ドナーHLA確認検査結果のお知らせ(速報)

施設名 バンク病院
 血液内科
担当医師 日本花子 先生

患者 骨〇太〇 様 ID 00000000 のドナー 12-3456 の確認検査が終了し、
現在適格性を判定中です。
判定に先立ち、HLA検査結果(蛍光ビーズ法による高頻度アリル)が出ましたので、別紙にて
ご報告いたします。

このドナーを採取ドナー候補として選定する可能性がなく不採用とする場合は、下記にご署名の上
FAXにてご返信ください。

上記ドナーのコーディネーターは不採用とします。

理由:

記入日(西暦)年.....月.....日

医師氏名
(代筆可)

*ドナーを不採用とされた場合には、判定結果の如何に関わらずスクリーニング検査結果は
送付しませんのでご了承ください。

*ドナーのスクリーニング検査結果は、ドナーが適格と認められた後にお送りします。

*判定に時間がかかる場合、再検査実施となった場合は改めてお知らせします。

(2)ドナー確認検査の結果報告

当法人の基準で「適格」と判定されると、
登録医師と移植医師にFAXで報告します。

※患者確認検査(本人確認検査)済みであることが条件

適格判定日から40日以内に、
「1位選定／2位以下として確保」または「不採用」
のいずれかを、同送の「ドナー選定通知書」でお知
らせください。

※進行中ドナーが6名以上いる場合でも、
順位がつけられるのは1位～5位までです。

※移植を急いでいる場合は、至急、「選定通知書」を
FAX してください。

※1位選定ドナーのみ移植日の調整を開始します。

※1位不在の状態、2位以下の設定はできません。

「ドナー確認検査結果報告」

		5XXXX16XXXXXXXXXXXXXXX	
		送付日 4XXX年 2X月 2X日	
ドナー確認検査結果報告書			
施設名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
移植医師	10XXXXXXXX先生	FAX	12XXXXXXXX
施設名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
登録医師	10XXXXXXXX先生	FAX	12XXXXXXXX
患者	10XXXXXXXX	ID	8XXXXXXXX 111 ドナー 9XXXXXXXX
●「ドナー選定通知書」のご提出にあたっての注意事項			
・ドナー選定の回答期限(※注)までに1位/2位以下/不採用をご連絡ください。 ※注 回答期限:ドナー確認検査の適格性判定日から40日			
・期限内にご連絡がない場合、対象ドナーのコーディネートを終了し、新規ドナーの検索を停止します。			
●1位ドナーを決定するにあたり、以下を改めてご確認ください			
・HLA適合度 ・体重 Ht血 血液型 年齢等			
当法人は提供を依頼するドナー(1位選定ドナー)のNGS-SBT法検査実施を推奨します。 <small>なくてよいか等</small>			
●NGS-SBT法によるドナーHLAオプション検査(有料)実施を推奨します			
特に下記の場合			
*HLAアレル不適合ドナーを選定する場合			
*患者がHLA-DRB3/4/5(-52/53/51), -DQ -DPに対する抗HLA抗体を保有している場合			
*患者あるいはドナーが日本人には頻度の低いHLAハプロタイプを保有していることが推定される場合			
*より厳密に患者とドナーのHLA適合性を評価することが望ましいと考えられる場合			
必要に応じ、以下もご参照ください。 HOME > 医師の方へ > 患者主治医の方へ > HLAガイドブック > 「造血細胞移植のためのHLAガイドブック」			
※ NGS-SBT法によるドナーHLAオプション検査は、ドナー理由で終了となった場合でも費用は発生します。 ドナー選定時以外でもオーダー可能です。 「最終同意面談日程のご報告」の用紙でもオーダー可能ですのでご活用ください。			
(公財)日本骨髄バンク 移植調整部 PR0006 2022.05.02			

4. ドナー選定～移植

(1)ドナー選定

○選定希望順にドナーIDをご記入ください。

○移植(採取)希望週をご記入ください。

※採取曜日や、午前/午後の指定はお受けできません。

※移植希望時期は、学会・祝日・院内工事等の予定を確認の上、
 確実に対応可能な週をご記入ください。

・他移植との兼合い(無菌室、TBI予定)で移植日程が定まらない
 場合は、他移植が決まってから日程調整を開始します。

・日程調整開始後の希望週変更は(病状理由を除き)、原則、
 お受けできません。

○選定ドナーのHLAオプション検査(NGS-SBT法)実施を推奨します。

* HLAアレル不適合ドナーを選定する場合

* 患者がHLA-DRB3/4/5(-52/53/51)、-DQ、-DP抗原に対する抗HLA抗体を保有している場合

* 患者あるいはドナーが日本人には頻度の低いHLAハプロタイプを保有していることが
 推定される場合

* より厳密に患者とドナーのHLA適合性を評価することが望ましいと考えられる場合

○不採用とするドナーがいる場合、速やかにお知らせください。

○同じ診療科の医師氏名があれば受理可能です(代筆可)

日本骨髄バンク

移植施設 → 移植調整部 (FAX: 03-5280-3856)

＜ドナー選定通知書＞

患者 1 O X X X X X X X X X X ID 8 X X X X X X X X

◆選定: 以下順位で非血縁ドナーを選定します ⇒ 希望採取方法 BM PB ※後から変更不可

1位ドナーID [-]

2位ドナーID [-]

3位ドナーID [-]

4位ドナーID [-]

5位ドナーID [-]

※必須I(位選定時) 第1希望(最適)週 20 年 月 日(月)の週
 第2希望(予備)週 20 年 月 日(月)の週
 ※どうしても不可能な日が含まれている場合は必ず事前にご相談ください。

選定時点での患者身長: _____ cm 体重: _____ kg
 (登録時 .3XX cm) (登録時 .3XX kg)

◎以下に該当があればチェック/ご記入ください。

病状安定しているため 月 日曜 ~ 月 日曜 の中であれば採取側にあわせる。
 月 日曜までに移植できなければ、他治療を検討する。
 もし第1、2希望で移植できないのであれば、治療をさきわため、月 日曜 を希望する。
 その他

※必須II(位選定時): スムーズな調整のため、以下を確認のうえチェックしてください。

主治医(最も病状を把握している医師)が、移植可能と判断している。
 他患者との兼合い(TBI、無菌室等)を確認済み。
 患者(家族)の都合(学校、行事、仕事等)を確認済み。
 スタッフ・施設都合(運搬、血球除去、学会、病院行事、祝日等)を確認済み。

◆NGS-SBT法HLAオプション検査オーダー
 下記のようなドナーを選定される際には、オプション検査(有料)を推奨しております。

* HLAアレル不適合ドナーを選定する場合
 * 患者がHLA-DRB3/4/5(-52/53/51)、-DQ、-DPに対する抗HLA抗体を保有している場合
 * 患者あるいはドナーが日本人には頻度の低いHLAハプロタイプを保有していることが推定される場合
 * より厳密に患者とドナーのHLA適合性を評価することが望ましいと考えられる場合

NGS-SBT法検査を希望する(単座検査は不可)

ドナーID [-] 11座セット ¥44,000(税込) ※ドナー理由で終了となった場合でも費用はかかりません。
 ※終了したドナーの検査結果はわかりません。

◆コーディネートを終了とするドナー
 ID [-] 理由: _____

※必須
 _____ 病院 _____ 科
 医師氏名(代筆可) _____ 記入日 20 年 月 日

FORM011 0901.10.8

(2) 移植日程調整

採取日程の目処が立ち次第、移植医師宛に FAXでお知らせします。

対応の可否は、即日ご回答ください。

※ 日程の再調整はドナー（職場/ご家族）、採取施設に大きな負担がかかります。

※ 希望した移植日程で調整したにも関わらず、対応不可とされた場合は、採取日程がかなり先になったり、ドナーが対応できず終了となる可能性もありますので、ご注意ください。

「移植日程調整について」

移植医師 ⇄ 移植調整部 ⇄ _____ 地区事務局		日本骨髄バンク
移植日程調整について		
移植施設	<u>バン]</u> 病院	<u>血液内</u> 科
移植医師	<u>日本 花子</u> 先生	
患者ID	<u>00000000</u>	ドナーID <u>12 - 3456</u>
移植日程について調整状況は下記のとおりです。		
<input type="checkbox"/>	/ 記入	____月 ____日(月)の週 の見込みです。後日改めて連絡します。
<input type="checkbox"/>	/ 記入	提示された日程について、対応の可否をご記入ください。▶ A へ ____月 ____日()午前・午後 / ____月 ____日()午前・午後
<input type="checkbox"/>	ドナー側「未確認」です。移植側可能でも、まだ内定ではありません。	
<input type="checkbox"/>	ドナー側「可能」と確認済みですので、移植側可能でしたら内定となります。	
<input type="checkbox"/>	/ 記入	ご希望での調整は不可となりました。 ____月 ____日(月)の週 以降で追加日程の提示をお願いいたします。▶ B へ
<input type="checkbox"/>	/ 記入	最終同意面談後の調整となります。
[]		
移植施設からの【返信票】 即日 ご返信ください		
移植調整部行 FAX 03-5280-3856		
記入日 201 年 ____月 ____日		
A	____月 ____日()	<input type="checkbox"/> 対応可 <input type="checkbox"/> 対応不可
	____月 ____日()	<input type="checkbox"/> 対応可 <input type="checkbox"/> 対応不可
B	追加日程を提示しますので、調整をお願いします。	
	第3希望週 :	____月 ____日(月)の週
	第4希望週 :	____月 ____日(月)の週
[]		
2017年12月改訂		

(3) 骨髄/PB運搬

詳細は骨髄バンク ホームページをご覧ください。

HOME>医師の方へ>患者主治医の方へ>

「骨髄液等運搬の手順および留意点」

https://www.jmdp.or.jp/medical/familydoctor/post_311.html



運搬業者は
3社からお選びください

○運搬時に航空機を利用する場合は、X線を回避するため、当法人が発行する証明書の提示が必要です。

○証明書は移植日の2週間前までに申請してください。

※運搬に業者(日本通運/佐川急便/セルート)をご利用の場合

- ・直接各社にお電話でお申し込みください。
- ・「骨髄液等受領書」も業者にFAXしてください。

<運搬当日の持ち物>

- 骨髄運搬ボックス
*航空機利用の場合はX線回避シールの貼付が必要です。
- 骨髄液等受領書
*事前に移植医師宛にFAXしますので採取施設にお渡しください。
- 身分証明書
- 運搬担当者証明書(航空機を利用する場合)
*必ず当法人の公印が押された原本をお持ちください。

※「証明書が無い」「運搬ボックスにX線回避シールが貼られていない」等の理由で、予定の便に搭乗できなかったケースがあります。

※空港カウンターでトラブルが発生した場合は、その場ですぐに移植調整部にご連絡ください。

「骨髄液等運搬担当者証明書 発行願」

移植調整部 FAX 03-5280-3856

移植医師 (FAX) → 移植調整部

骨髄液等運搬に航空機を使用する場合は、骨髄液等のX線・磁気回避のために「骨髄液等運搬担当者証明書」が必要です。
移植日の2週間前までに移植調整部宛に下記の発行願をFAXしてください。

骨髄液等運搬担当者証明書 発行願

(公財)日本骨髄バンク 行

(西暦).....年.....月.....日

航空機による骨髄液等運搬に当たり、手荷物検査時の『X線・磁気』の回避が必要になりますので「骨髄液等運搬担当者証明書」の発行をお願いします。

記

移植予定患者 : 骨〇太〇 ID:00000000

骨髄液等運搬日 :年.....月.....日 (.....)

運搬担当者 : 病院

..... 科

氏名

必ず楷書でご記入ください。
運搬担当者証明書と航空券のお名前が一致しない場合、X線回避ができません。

財団記入欄

発行日 : / /

PKA015 2013.10.01

(4) 移植完了後

移植が完了次第、速やかに「実施報告書」をFAXしてください。

⇒採取施設へ移植実施が報告されます。

報告書は、移植日の前日夜に
移植医師宛にFAXします。



「非血縁者間骨髄等移植実施報告書」

移植調整部FAX：03-5280-3856

移植調整部 (FAX) → 移植施設 (FAX) → 移植調整部

非血縁者間骨髄等移植実施報告書

施設名 バンク病院

血液内科

移植医師 日本花子 先生

(公財) 日本骨髄バンク 移植調整部 行

患者 骨〇太〇 I D. 00000000 TRUMP施設コード 11111111

ドナー 12-3456

移植実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (PBSCTで2日に分けて移植の場合はご記入ください。)

上記患者とドナーにおいて移植を実施しました。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師氏名
(代筆可) _____

移植終了後、FAXにて速やかにご返送ください。

※この報告書を受理した時点で、患者さんの登録は取消となります。

※骨髄または末梢血幹細胞に余剰分が発生した場合はご連絡ください。

＜ドナー由来疾患報告のお願い＞

移植を受けた患者さんが、ドナー由来と疑われる再発や疾患を発症された場合には、十分に調査・検討を行なっていただいた上で、その判断に至ったことが確認できる詳細なデータとその理由を当法人までご報告ください。

FRB031 2017.07.11

5. コーディネートの期日管理

■毎週金曜日の夜間に登録医師／移植医師宛に「ステータスレポート」をFAXします。

ドナーの進行状況をご確認ください。

■各期限日までにご返信が無い場合、当該ドナーを終了し、新たなドナー検索を停止します。

「ステータスレポート」

選定期限 (判定日より) 40日 / 保留期限 60日

「期限日のお知らせ」

FAX 03-1234-5678 移植調整部 (FAX) → 担当医師 送信日 2022年10月1日

ステータスレポート

施設名/バンク病院 血液内科 担当医師 日本 花子 先生

患者 骨〇太〇 ID 00000000 ドナー検索状況 保留

ドナーID	コーディネーター開始	確認(再)検査	確認検査結果報告	ドナー選定	最終同意面談	術前健診	自己血採血①②	採取日
II 00-0000 BM/PB	済 22/7/27	済 22/8/8	済 22/8/18	1位 22/8/21	済 22/9/4	済 22/9/30	22/10/11 22/10/25	22/11/8
II 11-1111 BM/PB	済 22/7/27	済 22/8/13	済 22/8/25	回答待 22/10/2				
II 22-2222 BM	済 22/7/27	済 22/8/13	済 22/8/25	回答待 22/10/2				
II 33-3333 BM	済 22/7/27	済 22/8/20	済 22/9/1	2				
II 44-4444 BM/PB	済 22/7/28	済 22/8/22	済 22/9/15	3				
II 55-5555 BM/PB	済 22/8/12	済 22/8/20	済 22/8/25	回答待 22/10/2				
II 66-6666 BM/PB	済 22/8/20	済 22/9/22						

BM/PB 実施日/予定日 22/12/31

※進行中のドナーがいない場合、ステータスレポートは送信されません。

☆:骨髄提供に関する確認検査省略可能ドナー
★:末梢血幹細胞提供に関する確認検査省略可能ドナー

移植調整部 (FAX) → 登録(移植)医師 送信日 年 月 日

期限日のお知らせ

施設名 バンク病院 血液内科
移植医師 日本花子 先生 FAX

施設名 バンク病院 血液内科
登録医師 日本花子 先生 FAX

患者 骨〇太〇 ID 00000000

患者確認検査実施のお願い
ドナーの確認検査日程が決まりました。患者さんの確認検査を早急にご実施下さい。ドナーの検査結果は、患者さんの検査結果が出るまで報告されません。※なお、既に実施されている場合でも、検査日程によっては当用紙が届く場合がありますのでご了承ください。
ドナーID: 年 月 日

ドナー選定の期限 (ドナー適格性判定日より40日)
採取ドナー候補者として採用/不採用のご連絡をお願い致します。選定時には、「ドナー選定通知書(移植医の自署が必要)」をご提出ください。期限日までにご返信がない場合は「該当ドナーのコーディネーターは終了」となります。具体的な日数や、やむを得ない事情がある場合は移植調整部までご連絡ください。最長20日の延長が可能です。
ドナーID: 採血日 適格性判定日 期限日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

患者保留の期限 (保留開始日より60日)
期限日までにご返信がない場合は、
①ドナーは全員コーディネーター終了 かつ ②新規ドナーの検索は停止 となります。具体的な日数や、やむを得ない事情がある場合は移植調整部までご連絡ください。最長30日の延長が可能です。
ドナーID: 保留開始日 期限日 年 月 日 年 月 日

(公財) 日本骨髄バンク 移植調整部
TEL 03-5280-4771 FAX 03-5280-3856
P2600 2016.04.02

患者さんの病状などにより、移植日程の延期・保留・中止を検討する場合

速やかに移植調整部までご連絡ください。

ステータスレポート等でドナーの各イベント実施予定日にご留意ください。

■ 確認検査／最終同意面談が実施されると

⇒患者さんに費用を請求します。

⇒後続ドナーとの順位変更ができるのは、最終同意面談の前日までとなります。

■ 術前健康診断／自己血採血では

ドナー、採取施設に大きな負担がかかります。

延期の場合、日程によっては自己血の使用期限切れにより採取量が減る、Hb低値で終了となる、など移植に影響が出ることがあります。

一度調整された移植日を変更後、さらにもう一度移植日を変更(延期)する場合や、同一ドナーで2度目の保留を希望する場合は、医療委員会の審査(サマリーの提出)が必要です。

審査の結果、延期や保留が不可となるケースもあります。