

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

1. 患者HLA確認検査の採血予約

①患者登録(本登録)手続き後、患者HLA確認検査「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9～20日ほどで、HLA検査結果(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、検査結果への影響が懸念される場合は、口腔粘膜等での実施も可能です。
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	こつずいたろう	患者ID 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	HLA-NGS	
有 <input type="checkbox"/>		
無 <input type="checkbox"/>		
※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	
住所	千代田区神田錦町3-19	
採取資材	検体	
お届け先	回収場所	
() () 検査室	TEL 03-3333-0000	FAX 03-3333-1111
() () 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、
本登録完了次第、ドナー検索が実施されます。

↓
移植医師に「HLA適合検索実施報告(右図)」
がFAXされます。



移植医師／HCTC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。

初回のみでなく、2回目以降のドナー申込
についても医療機関支援機能から
実施可能になりました。
2025/1/16～

NEW

「HLA適合検索実施報告」

ドナー申込みは、2回目以降も
医療機関支援機能から実施してください

FAX: C

2025年 8 月 30日

HLA適合検索実施報告書

バンク病院

血液内科

患者 日本花子 先生

患者 患〇八 ID 〇〇〇 i j のドナー検索が実施されました。
ドナー申込みをご希望の場合は、医療機関支援機能で検索結果をご確認いただき
ドナー申込みをお願いします。ドナーリスト (HLA適合検索結果報告書) はお送りしません。

<医療機関支援機能について>

◆評価点の高い順にドナーが表示されています。

メニュー【患者一覧】→【検索結果】→【適合検索結果 (BM/PB) ・申込】画面から
コーディネート開始を希望するドナーをお選びいただき【申込】を行ってください。

<申込可能人数>

○初回申込から2営業日まで ⇒ 最大10名まで ※その後は(通行ドナー)4名以下になるまで
ドナーを追加できません

○初回申込から3営業日以降 ⇒ 最大5名まで

<登録後、患者さんが転院された場合>

- ・医療機関支援機能からのドナー申込みはできません。転院された場合のみ、
「ドナーリスト (HLA適合検索結果報告書)」と「ドナー申込 (コーディネート開始) 依頼書」をFAXします。
- ・「ドナー申込 (コーディネート開始) 依頼書」に整理番号等をご記入いただき
移植調整部までFAXしてください。

※転院後の移植施設にドナーリストがFAXされない場合は移植調整部までお知らせください。

◆以下のドナー情報については、ドナー申込み後、ドナーID番号とともに改めてお知らせします。

- ① 確認検査省略可能ドナーかどうか (☆印・★印の表示)
- ② 推定アレルがSBT法、NGS-SBT法以外の方法によるものかどうか (*印の表示)

◆HLAデータの表記について

※確定アレル、推定アレルを持たない場合のみ、コードで表記しています。

確定	推定	確定アレル	NGS-SBT法または、SBT法で検査した結果

進行中ドナーが5名未満になると次の検索
が実施され、本FAXでご案内します。

→医療機関支援機能から
追加のドナー申込を実施してください。

<補足>

患者本登録(JMDP患者登録)後に、転院等により移植施設が変更となった場合は、医療機関支援機能からドナー申込はできません。

ドナー検索結果をFAXでお送りしますので、下記様式にて移植調整部にFAXしてください。

転院後の移植施設に「HLA適合検索結果報告書」(ドナー検索リスト)がFAXされない場合は、移植調整部までお知らせください。

「ドナー申込(コーディネート開始)依頼書」

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

ドナー申込(コーディネート開始)依頼書

※「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。

進行中ドナー: 2X名

患者 10XXXXXXXXXX ID 8XXXXXXXX

希望順位	整理番号	年齢	体高	性別
1	才	才	Kg	男 / 女
2	才	才	Kg	男 / 女
3	才	才	Kg	男 / 女
4	才	才	Kg	男 / 女
5	才	才	Kg	男 / 女
6	才	才	Kg	男 / 女
7	才	才	Kg	男 / 女
8	才	才	Kg	男 / 女
9	才	才	Kg	男 / 女
10	才	才	Kg	男 / 女

バンク記入欄	
処理日	ドナーID
/	-
/	-
/	-
/	-
/	-
/	-
/	-
/	-
/	-
/	-

「開始ドナー情報のお知らせ」

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法以外のアルルデータには*印を付けています。
・ 血液型はドナーの自己申告も含まれます。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。
・ ※参考アル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	居住形態 性別 年齢	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※	抗原型	確定参考※	抗原型	確定参考※	
患者情報	男性 65 A+ 176 60	2	02:06	3901	39:01	7	07:02	9	09:01			
		24	24:02	52	52:01	12	12:02	15	15:01			
☆ 00-0000	千葉 女性 30 O+ 154 45 県	2	02:06	3901	39:01	7	07:02	9	09:01			PB
		24	24:02	52	52:01	12	12:02	15	15:01			
☆☆ 11-1111	神奈川 男性 48 O+ 163 60 県	2	02:06	3901	39:01	7	07:02	9	09:01			
		24	24:02	52	52:01	12	12:02	15	15:01			
☆☆ 22-222	茨城 女性 50 O+ 155 50 県	2	02:06	3901	39:01	7	07:02	9	09:01			
		24	24:02	52	52:01	12	12:02	15	15:01			
33-3333	神奈川 男性 55 O+ 167 62 県	2	02:06	3901	39:01	7	07:02	9	09:01			
		24	24:02	52	52:01	12	12:02	15	15:01			

整理番号他、ドナー情報をご記入ください

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)

○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)

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,DRB1のアレルデータが揃っている場合はスクリーニング検査のみ

「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レル)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」

		5XXXX16XXXXXXXXXXXXXX	
		ドナー確認検査結果報告書	
		送付日 4XXX年 2X月 2X日	
施設名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
移植医師	10XXXXXXXXXX先生	FAX	12XXXXXXXXXX
施設名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
登録医師	10XXXXXXXXXX先生	FAX	12XXXXXXXXXX
患者	10XXXXXXXXXX	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値 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。 なくてよいか等

●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 ID 8 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(1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 . 3 X X . cm) (登録時 . 3 X X . 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 日頃 ~ 月 日頃 の中であれば採取側にあわせる。
 月 日頃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、他案をはきかため、月 日頃 を希望する。
 その他

※必須(1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がかかります。
 ※終了したドナーの検査結果は返りません。

◆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

FBR011 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>バンフ</u> 病院 <u>血液内科</u>	
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 <u>追加日程を提示しますので、調整をお願いします。</u>	
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
費用が異なる場合があります。

○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 骨〇水〇 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

※進行中のドナーがない場合、ステータスレポートは送信されません。

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 骨〇水〇 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。期限日までに回答がない場合は、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)
期限日までに今後の手続きが実施されない場合は、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
P26600 2016.04.02

☆: 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

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 です。

■ 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。

調整された移植日を変更後、更に変更(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。