

2019 年 9 月 13 日

調 整 医 師 各 位
非血縁者間骨髄/末梢血幹細胞採取認定施設
採取責任医師 各 位

公益財団法人 日本骨髄バンク
ドナー安全委員会

ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)の変更について (通知)

平素より骨髄バンク事業の推進に格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび、ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)を変更することとなりました。
つきましては、下記を確認いただき、ご対応のほどお願い申し上げます。

記

1. 運用

2019 年 9 月 17 日 帳票変更分より順次

2. 追加の背景

コーディネートが進行した段階でドナーの既往歴により終了となることがあり、採取
担当医師より確認検査時の既往疾患項目の追加について意見が寄せられ、ドナー安全委
員会にて、現行の既往疾患の項目等問診内容について検討した。

3. 変更点

○レイアウト変更

○問診・診察所見 (1/2)

・脈拍の追加

・既往疾患の項目を疾患分類にまとめ、睡眠時無呼吸症候群を追加

○問診・診察所見 (2/2)

・血縁者の遺伝性の神経・筋疾患の既往 ⇒ 下線部削除 血縁者の遺伝性疾患の既往

※別紙 ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)ご参照ください。

以上

■問い合わせ先

(公財)日本骨髄バンク ドナーコーディネート部 杉村・窪田 TEL 03-5280-2200

地区（郵送）→ コーディネーター/調整医師（郵送）→ 地区事務局

6XXXXXX ドナー確認検査報告書（問診・診察所見）(1/2)

ドナー 10XXXXXXXXXX 様 (ID 9XXXXXXXX) 年齢 2X 歳 (1)

担当コーディネーター 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX

地区事務局からの申し送り：

40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

上記について確認した内容をご記入ください

<問診・視診・診察所見>

身長：_____ cm ・ 体重：_____ kg ⇒BMI = 体重kg ÷ (身長×身長m) = _____	(男≥45kg、女≥40kg) (＜30)	適・不適 適・不適
血圧：_____ / _____ mmHg 脈拍：_____ 回/分	(収縮期圧≤150mmHg、≥90mmHg) (拡張期圧≤100mmHg)	適・不適・保留

1. 現在検査中・治療中の疾患 <u>なし・あり</u> ⇒ ()	適・不適・保留
2. 既往疾患 ありの場合 () 内に詳細を記入してください。 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 () <input type="checkbox"/> 肝疾患 () <input type="checkbox"/> 腎疾患 () <input type="checkbox"/> 心血管疾患 () <input type="checkbox"/> 血液疾患 () <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝疾患 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 膠原病 () <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 脳血管疾患・神経疾患 (けいれん性疾患) () <input type="checkbox"/> 薬物・食物アレルギーでのショックの既往 () <input type="checkbox"/> 悪性高熱症 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤 <input type="checkbox"/> 血管迷走神経反射 (Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度) () <input type="checkbox"/> <u>睡眠時無呼吸症候群</u> () <input type="checkbox"/> その他 ()	適・不適・保留 適・不適・保留
3. 問題となりうる所見 <u>なし・あり</u> ⇒ ()	適・不適・保留
4. 上肢の血管確認 BMHは、上肢で自己血採血ができる程度の血管が確保できる (<u>はい・いいえ</u>) PBSCHは、上肢でPBSC採血可能な血管が確保できる (<u>はい・いいえ</u>)	適・不適・保留 (採血する) 適・不適・保留 (採血する)

地区（郵送）→ コーディネーター/調整医師（郵送）→ 地区事務局

6 XXXXX ドナー確認検査報告書（問診・診察所見）(2/2)

ドナー 10XXXXXXXXX 様（ID 9XXXXXXX）年齢 2X 歳（1）

5. HBワクチン接種歴 なし・あり⇒いつ頃（)

6. 輸血歴 なし・あり

ありの場合⇒（理由： ； いつ頃： 回 ml）

7. 麻酔歴 なし・あり ⇒ （全麻・腰麻・硬膜外・局所麻酔・不明）

ありの場合⇒（理由：)

家族（血縁者）で麻酔歴があり、悪性高熱症・アナフィラキシーショックの副作用のあった方：

不明・なし・あり⇒（)

8. 血縁者の遺伝性疾患の既往 不明・なし・あり

ありの場合⇒（詳細：)

9. たばこ 吸わない・吸う：喫煙歴（ ）年・（ ）本/日・禁煙した（ ）年前

飲酒 飲まない・飲む：（ ）回/週 1回の量（)

1週間以内の飲酒 なし・あり⇒程度（)

10. 1ヶ月以内の献血 なし・あり ⇒（全血200ml・400ml・成分：)

成分献血の経験 なし・あり

11. 女性の場合のみ

①妊娠中、分娩後1年以内（ 該当しない・該当する)

②ピル服用 なし・あり ⇒ 採取4週間前に服用中止（可能・不可能・主治医に相談）

*健康上、またコーディネート上採取に不適格となるような問題がある場合は採血前に地区事務局にご連絡下さい。

調整医師 判定結果

☐ 適格（採血する）（食後 時間）

☐ 保留（採血しない）理由（)

☐ 不適（採血しない）理由（)

〈特記事項〉骨髄・PBSCいずれかに不適格事項がある場合は必ずご記入ください

☐ 採血管IDとドナーID確認しました

※採血前にドナーIDと採血管IDに相違がないか再度ご確認ください。

☐ 海外発送用検体の採血しました

※国際コーディネートの場合、海外発送用検体をご確認ください。

施設名 _____

調整医師（自署） _____

記入日 20 年 月 日