

2019 年 8 月 15 日

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

輸 血 責 任 医 師 各 位

公益財団法人 日本骨髄バンク
事 務 局

フォローアップ関連帳票の変更について(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。

さて、下記の各採取関連帳票を変更することとなりました。

つきましては、フォローアップ関連帳票変更 新旧対照表を参照の上、ご対応くださいますようお願いいたします。

記

1. 2019 年 8 月 15 日 帳票変更分より順次

2. 対象帳票

- ・ 骨髄採取関連

- 骨髄採取計画書、非血縁者間・骨髄採取報告書

- ・ 末梢血幹細胞採取関連

- 末梢血幹細胞採取計画書、G-CSF 投与報告書（2～6 日目）

- ・ DLI 関連

- DLI 採血計画書

以上

■問い合わせ先

公益財団法人 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

フォローアップ関連帳票変更 新旧対照表(2019/8/15)

帳票名称	変更前	変更後
●骨髄採取計画書	術前健診担当医：_____ 印 麻酔科担当医：_____ 印 担当地区代表協力医師 確認：_____ 印 尚、麻酔科担当医の署名・捺印が遅れる場合には、署名・捺印なしのものを取り急ぎお送りいただき、後日、麻酔科担当医の署名・捺印入りのものを追って FAX 送付してください。	術前健診担当医：自署 _____ 麻酔科担当医：自署 _____ 担当地区代表協力医師 確認：自署 _____ 尚、麻酔科担当医の署名が遅れる場合には、署名なしのものを取り急ぎお送りいただき、後日、麻酔科担当医の署名入りのものを追って FAX 送付してください。
●末梢血幹細胞採取計画書	術前健診担当医師：_____ 印 確認医師：_____ 印 担当地区代表協力医師 確認：_____ 印 尚、確認医師の署名・捺印が遅れる場合には、署名・捺印なしのものを取り急ぎお送りいただき、後日、確認医師の署名・捺印入りのものを追って FAX 送付してください。	術前健診担当医師：自署 _____ 確認医師：自署 _____ 担当地区代表協力医師 確認：自署 _____ 尚、確認医師の署名が遅れる場合には、署名なしのものを取り急ぎお送りいただき、後日、確認医師の署名入りのものを追って FAX 送付してください。
●DLI 採血計画書	採血医師名：_____ 印 地区代表協力医師 確認：_____	事前検査担当医：自署 _____ 地区代表協力医師 確認：自署 _____
非血縁者間・骨髄採取報告書	採取担当医師：_____ 印	採取担当医師：_____
G-CSF 投与報告書 (2～6 日目) 1/6	特記事項 【新規】	【削除】 ▼2 ページ目以降に記載がない場合、以下署名の上、1/6 のみ FAX 送付してください。 20____年____月____日 施設名および所属：_____ 科 担当医師：_____

▼検査値は施設正常範囲内であればWNLに○ 範囲外であれば、施設正常値を記入して下さい。

【生化学】	施設正常値		施設正常値	
TP _____g/dl	WNL・ (-)	CK _____ U/l	WNL・ (-)	
ALB _____g/dl	WNL・ (-)	BUN _____ mg/dl	WNL・ (-)	
T-Bil _____mg/dl	WNL・ (-)	CRE _____ mg/dl	WNL・ (-)	
AST (GOT) _____ U/l	WNL・ (-)	UA _____ mg/dl	WNL・ (-)	
ALT (GPT) _____ U/l	WNL・ (-)	() _____	WNL・ (-)	
γ-GT _____ U/l	WNL・ (-)	() _____	WNL・ (-)	

9. 採取実施の判定

以上、術前健康診断の結果、

☐ 1) 骨髄採取を決定しました。(20 年 月 日)

☐ 2) 骨髄採取について、判定保留とします。
(20 年 月 日)

☐ 3) 骨髄採取を中止します。

「2・判定保留 3・採取中止」の場合、理由をご記入の上、担当地区事務局にご連絡下さい。

10. 今後のスケジュール

- ①入院予定日： 月 日 ()
- ②退院予定日： 月 日 () 泊 日
- ③採取後健診予定日： 月 日 ()

以上、ご報告致します。 20 年 月 日

採取施設名 : _____ 科

術前健診担当医 (自署) _____

術前健診時の検査及び問診等にて、不適格所見を認めず、現時点において麻酔可能と考えます。

麻酔科担当医 (自署) _____ 20 年 月 日

「採取計画書」は術前健診結果が遅れる場合であっても可能な限り術前健診後1週間以内に、担当地区事務局にFAXにてお送りください。

尚、麻酔科担当医の署名が遅れる場合には、署名なしのものを取り急ぎお送りいただき、後日、麻酔科担当医の署名入りのものを追ってFAX送付して下さい。

以下、事務局扱い

20 年 月 日

コメント欄

担当地区代表協力医師 確認 (自署) _____

G-CSF投与報告書 (2～6日目) 1/6

	G-CSF投与2日目 (月 日)	G-CSF投与3日目 (月 日)	G-CSF投与4日目 (月 日)	G-CSF投与5日目 (月 日)	G-CSF投与6日目 (月 日)
G-CSF投与前評価 ◆身体所見 □ありの場合、2/6-4/6へご記入下さい。 ◆疼痛 □ありの場合、5/6-6/6へご記入下さい。	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり
G-CSF投与前バイタルサイン 血圧 脈拍 体温	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃
G-CSF投与 G-CSF減量の有無 ▼ G-CSFが中止となった場合は、 緊急連絡先へ報告して下さい。	<input type="checkbox"/> 減量なし <input type="checkbox"/> あり →理由 □WBC≥5万/μL □Plt<10万/μL □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μL □Plt<5万/μL その他理由 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 減量なし <input type="checkbox"/> あり →理由 □WBC≥5万/μL □Plt<10万/μL □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μL □Plt<5万/μL その他理由 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 減量なし <input type="checkbox"/> あり →理由 □WBC≥5万/μL □Plt<10万/μL □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μL □Plt<5万/μL その他理由 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 減量なし <input type="checkbox"/> あり →理由 □WBC≥5万/μL □Plt<10万/μL □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μL □Plt<5万/μL その他理由 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 減量なし <input type="checkbox"/> あり →理由 □WBC≥5万/μL □Plt<10万/μL □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μL □Plt<5万/μL その他理由 (具体的に)
投与量等	<input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン <input type="checkbox"/> フィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数: □1回 □2回	<input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン <input type="checkbox"/> フィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数: □1回 □2回	<input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン <input type="checkbox"/> フィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数: □1回 □2回	<input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン <input type="checkbox"/> フィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数: □1回 □2回	<input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン <input type="checkbox"/> フィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数: □1回 □2回
併用薬	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン <input type="checkbox"/> その他
G-CSF投与後バイタルサイン 血圧 脈拍 体温	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 ℃

▼ 2ページ目以降に記載がない場合、以下署名の上、1/6のみFAX送付してください。

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

施設名および所属: _____

科 担 当 医 師 : _____