

2019 年 4 月 15 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)の一部変更について (通知)

拝啓

時下、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

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、ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)〈調整医師記入欄:問診・視診・診察所見〉
上肢の血管確認の項目が変更されることとなりました。

つきましては、別紙ご確認いただき、対応をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 運用

2019年4月15日 帳票変更分より順次

2. 追加の背景

自己血採血時、血管確保が困難であったり、採血に長時間を要する場合もあり、骨髄採取のみのコーディネートにおいても、確認検査時に血管確認が必要との意見が寄せられ、ドナー安全委員会にて検討した結果、項目を追加することとなりました。

以上

◆別紙 帳票 ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)

本件に関する問い合わせ先

(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

【ドナー確認検査報告書（問診・診察所見）】帳票変更 新旧対照表（2019/4/15）

項目名	変更前	変更後
＜調整医師記入欄：問診・視診・診察所見＞	<p>※以下、PB を含むコーディネートのみ（骨髄提供のみは不要です。）</p> <p>上肢（正中静脈等）に PBSC 採血可能な血管が確保できる（はい・いいえ）</p> <p align="right">適格 ・ 不適 ・ 保留</p>	<p>【削除】</p> <p>（変更なし）</p> <p>【追加】</p> <p>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（はい・いいえ）</p> <p align="right">適格 ・ 不適 ・ 保留</p>

地区(郵送) → コーディネーター/調整医師(郵送) → 地区事務局

6XXXXXドナー確認検査報告書(問診・診察所見) (1/2)

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

担当コーディネーター 15XXXXXXXXXXXXXXXX

地区事務局からの申し送り:

40XX
 40XX
 40XX
 40XX
 40XX
 40XX
 40XX
 40XX
 40XX
 40XX

上記について確認した内容をご記入ください

<調整医師記入欄>

身長	cm	体重	kg	(男≥45kg、女≥40kg)	適・不適
BMI	= 体重kg ÷ (身長×身長m) = (<30)				適・不適

<調整医師記入欄: 問診・視診・診察所見>

収縮期圧 ≤ 150mmHg、 拡張期圧 ≤ 100mmHg 現在検査中・治療中の疾患 (ない ・ ある) [既往疾患: ○をつける] 気管支喘息 (1年以内) ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 肝炎 (A, B, C, その他) ・ ATL EIT' ・ 血液疾患 ・ 膠原病 ・ 腎疾患 ・ けいれん性疾患 ・ 腫瘍 () 悪性高熱症 ・ 神経筋疾患 () 下肢静脈瘤 ・ 梅毒 ・ 結核 ・ 薬物によるショック、呼吸困難、高度の薬疹 血管迷走神経反射 (I 度 ・ II 度 ・ III 度) 過去1年以内に比重不足、貧血といわれたことが (ない ・ ある) 具体的な数値がわかれば記入 (Hb値) 過去1年以内に肝機能異常といわれたことが (ない ・ ある) 具体的な数値がわかれば記入 (ALT AST γ-GT) HBワクチン接種歴 (ない ・ ある) 問題になりうる所見 (ない ・ ある)	適・不適・保留 適・不適・保留 適・不適・保留 適・不適・保留 (採血する) 適・不適・保留 (採血する) 適・不適・保留 適・不適・保留
BMIは上肢で自己血採血ができる程度の血管が確保できる (はい ・ いいえ) 上肢 (正中静脈等) にPBSC採血可能な血管が確保できる (はい ・ いいえ)	適・不適・保留 適・不適・保留

地区(郵送) → コーディネーター/調整医師(郵送) → 地区事務局

6XXXXXドナー確認検査報告書(問診・診察所見) (2/2)

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

<女性の方> 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 (ない ・ ある) ある場合、採取4週間前に服用中止 (可能 ・ 不可能 ・ 主治医に相談)	適・不適・保留
輸血歴 (ない ・ あり) 回 ml いつ頃 理由 () 麻酔歴 ドナー本人 : 不明 ・ ない ・ ある <全麻・腰麻・硬膜外・局所・不明> 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 ・ ない ・ ある () 家族 (血縁者) の遺伝性の神経・筋疾患の既往: 不明 ・ ない ・ ある ()	
喫煙歴 吸わない ・ 吸う () 年 1日 () 本 飲酒歴 飲まない ・ 飲む () 年 (頻度: 1回の量:) 1週間以内の飲酒 (ない ・ ある 程度:) 成分献血の経験 (ない ・ ある) 1ヶ月以内の献血 (ない ・ ある 種類: 200ml ・ 400ml ・ 成分)	

<調整医師記入欄>

*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 問診・視診・診察の結果ドナーとして <input type="checkbox"/> 適 (採血する) (食後 時間) → <input type="checkbox"/> 採血管IDとドナーID確認済 ※ID Noを必ずご確認ください <input type="checkbox"/> 海外発送用検体の採血済 ※国際コーディネートの場合のみご確認ください <input type="checkbox"/> 保留 (採血しない) 理由 () <input type="checkbox"/> 不適 (採血しない) 理由 ()	健康上の特記事項 (骨髄・PBSCいずれかに不適格事項があると思われる場合には、必ずご記入ください):
--	---

施設名 _____

調整医師 _____ 記入日 20__ 年 __ 月 __ 日
(自筆署名)