

非血縁者間・骨髄採取報告書 (2枚中の2枚目)

旧

非血縁者間・骨髄採取報告書 (2枚中の2枚目)

新

ドナーID (9XXXXXXX) 患者ID (8XXXXXXX)

(2/2)

9. 採取後所見

採取翌日の排尿時痛 ☐ なし ☐ あり ☐ 導尿せず
 採取翌日の咽頭痛 ☐ なし ☐ あり
 38℃以上の発熱 ☐ なし ☐ あり 採取後最高体温 _____℃ (採取後 _____ 時間)
 感染症の有無 ☐ なし ☐ あり 詳細を空欄にご記入下さい。
 肝障害の有無 ☐ なし ☐ あり 詳細を空欄にご記入下さい。
 採取穿刺部位の異常 ☐ なし ☐ あり 詳細を空欄にご記入下さい。
 解熱剤の投与 ☐ なし ☐ あり
 抗生物質の投与 ☐ なし ☐ あり 種類・量・期間を空欄にご記入下さい。
 鎮痛剤の投与 ☐ なし ☐ あり 種類・量・期間を空欄にご記入下さい。
 鉄剤投与の有無 ☐ なし ☐ あり 種類・量・期間を空欄にご記入下さい。

入院時： 月 日	採取後(当日)： 月 日	退院時： 月 日	単位
WBC ()	WBC ()	WBC ()	/μl
RBC ()	RBC ()	RBC ()	×10 ⁴ /μl
Hb ()	Hb ()	Hb ()	g/dl
PLT ()	PLT ()	PLT ()	×10 ⁴ /μl
TP ()	TP ()	TP ()	g/dl
Alb ()	Alb ()	Alb ()	g/dl
T-Bil ()	T-Bil ()	T-Bil ()	mg/dl
GOT ()	GOT ()	GOT ()	IU/l/37℃
GPT ()	GPT ()	GPT ()	IU/l/37℃
CPK ()	CPK ()	CPK ()	IU/l/37℃

痛みの程度について

採取翌日の歩行 ☐ 不可 ☐ ほぼ可能 ☐ 全く問題なし
 その他の合併症 ☐ なし ☐ あり→ ありの場合、詳細を空欄にご記入下さい

▼採取後4日以上入院が必要であった場合、詳細を空欄に記入していただき、担当地区事務局にご連絡ください。

10. 入院期間： _____ 泊 _____ 日 ・採取後 _____ 日目に退院 (退院日： _____ 月 _____ 日)

11. 部屋の種類：☐ 個室 ☐ 大部屋 (人部屋)

12. 担当看護婦の記入欄 (看護上、気付かれた事があれば、是非ご記入ください)

20 年 月 日

以上、報告します。

採取施設名： _____ 病院 _____ 科

採取担当医師： _____ 印

HOT LINE (緊急連絡先)
 3XX 地区事務局 TEL 12XXXXXXXXX FAX 12XXXXXXXXX
 ドナー安全委員会・事務局 HOT LINE TEL 090-3478-6020

ドナーID (9XXXXXXX) 患者ID (8XXXXXXX)

(2/2)

9. 採取後所見

採取翌日の排尿時痛 ☐ なし ☐ あり ☐ 導尿せず
 採取翌日の咽頭痛 ☐ なし ☐ あり
 38℃以上の発熱 ☐ なし ☐ あり 採取後最高体温 _____℃ (採取後 _____ 時間)
 感染症の有無 ☐ なし ☐ あり 詳細を空欄にご記入下さい。
 肝障害の有無 ☐ なし ☐ あり 詳細を空欄にご記入下さい。
 採取穿刺部位の異常 ☐ なし ☐ あり 詳細を空欄にご記入下さい。
 解熱剤の投与 ☐ なし ☐ あり
 抗生物質の投与 ☐ なし ☐ あり 種類・量・期間を空欄にご記入下さい。
 鎮痛剤の投与 ☐ なし ☐ あり 種類・量・期間を空欄にご記入下さい。
 鉄剤投与の有無 ☐ なし ☐ あり 種類・量・期間を空欄にご記入下さい。

入院時： 月 日	採取後(当日)： 月 日	退院時： 月 日	単位
WBC ()	WBC ()	WBC ()	/μl
RBC ()	RBC ()	RBC ()	×10 ⁴ /μl
Hb ()	Hb ()	Hb ()	g/dl
PLT ()	PLT ()	PLT ()	×10 ⁴ /μl
TP ()	TP ()	TP ()	g/dl
Alb ()	Alb ()	Alb ()	g/dl
T-Bil ()	T-Bil ()	T-Bil ()	mg/dl
GOT ()	GOT ()	GOT ()	IU/l/37℃
GPT ()	GPT ()	GPT ()	IU/l/37℃
BUN ()	BUN ()	BUN ()	mg/dl
CRE ()	CRE ()	CRE ()	mg/dl
CPK ()	CPK ()	CPK ()	IU/l/37℃

追加

痛みの程度について

採取翌日の歩行 ☐ 不可 ☐ ほぼ可能 ☐ 全く問題なし
 その他の合併症 ☐ なし ☐ あり→ ありの場合、詳細を空欄にご記入下さい

▼採取後4日以上入院が必要であった場合、詳細を空欄に記入していただき、担当地区事務局にご連絡ください。

10. 入院期間： _____ 泊 _____ 日 ・採取後 _____ 日目に退院 (退院日： _____ 月 _____ 日)

11. 部屋の種類：☐ 個室 ☐ 大部屋 (人部屋)

12. 担当看護婦の記入欄 (看護上、気付かれた事があれば、是非ご記入ください)

20 年 月 日

以上、報告します。

採取施設名： _____ 病院 _____ 科

採取担当医師： _____ 印

HOT LINE (緊急連絡先)
 3XX 地区事務局 TEL 12XXXXXXXXX FAX 12XXXXXXXXX
 ドナー安全委員会・事務局 HOT LINE TEL 090-3478-6020