

2019 年 9 月 13 日

コーディネーター 各位
各地区事務局 御中

公益財団法人 日本骨髄バンク
ドナーコーディネート部

ドナー返信用紙【問診票】一部変更について

ドナー返信用紙Ⅱ、Ⅲ【問診票】について、下記項目を変更いたします。
詳細は、別紙をご確認ください。

記

1. 運用

2019 年 9 月 17 日 帳票出力分より順次

2. 変更点 ※下線部追加

○返信用紙Ⅱ【問診票】

1.今までに次の病気にかかった(既往歴)、あるいは現在治療中の項目がありますか。

……………はい：いいえ

「はい」の方・・・下記の該当する項目を☑してください。

○返信用紙Ⅲ【問診票】

6.今までに腰痛や首の痛みはありましたか。……………はい(□腰痛・□首の痛み)：いいえ

「はい」の方・・・症状（)

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

(ふりがな) 氏 名		(男・女)		生年月日 (西暦: 年 月 日 (歳)	
身長	cm	体重	kg	日頃の血圧 (上 / 下	mmHg)

1. 今までに次の病気にかかった(既往歴)、あるいは現在治療中の項目がありますか。--- はい: いいえ

「はい」の方・・・下記の該当する項目を ☒ してください。

既往歴		治療中		既往歴		治療中	
1. アレルギー疾患 (花粉症・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		20. 甲状腺疾患 (甲状腺機能低下症/亢進症) (その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 悪性腫瘍(がん)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		21. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 遺伝性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		22. 自己免疫疾患(膠原病など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 悪性高熱症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		23. 視聴覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 運動麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		24. 深部静脈血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 大けが(手術を伴う)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		25. 心臓病(虚血性心疾患・心膜炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. カルチノイド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		26. 精神疾患(うつ病・統合失調症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		27. 前立腺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 乾癬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		28. 腸骨からの骨移植	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		29. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 下肢静脈瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		30. ネフローゼ症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 肝臓病(ウイルス性肝炎など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		31. 脳血管疾患(脳卒中など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		32. 肺塞栓症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. クロウン病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33. 梅毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		34. 皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		35. マラリア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 頸椎・腰椎疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		36. 慢性腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. けいれん性疾患(てんかんなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		37. リウマチ熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 血液疾患(貧血) (白血病など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		38. 緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

⇒ 上記に該当する方・・・病名、発症時期、治療・検査内容等を具体的に記入してください。

病名(具体的に)	いつから(いつまで)	治療・検査内容	現在の状況
1)			
2)			
3)			

2. 上記1. 以外で、今までにかかったか、あるいは現在治療中の病気やけがはありますか。

--- はい: いいえ

「はい」の方・・・病名、発症時期、治療・検査内容等を具体的に記入してください。

※1カ月以上通院した病気、けが、もしくは1カ月以上継続して内服治療をされた方は必ずご記入ください。

病名(部位など具体的に)	いつから(いつまで)	治療・検査内容	現在の状況
1)			
2)			

8XXXXXXXX-02-1

3. 現在使用している薬(内服薬・塗布薬・点鼻薬・点眼薬など)がありますか。----- はい: いいえ

「はい」の方・・・薬品名 () (医師処方・市販薬・個人輸入)
使用の理由 () いつ頃から ()
今後の使用予定・・・継続・終了 () 頃まで) ・ 不明

※ 原則内服治療終了が確認できればコーディネートを進めることができません。
※ 子宮内膜症や避妊のためピル内服中の方もご記入ください。ただし、採取1カ月前から服薬できません。
※ 処方薬の場合、内服治療を終了できるかを、かかりつけの医師にご相談ください。

4. 今までにご自身が受けた健康診断や献血で、何か異常の指摘を受けたことはありますか。
また「要検査・要観察」となっている項目がありますか。----- はい: いいえ
(☐要検査・☐要観察)

「はい」の方・・・指摘された病名、再検査・精密検査の有無、現在の状況を具体的に記入してください。

項目(具体的に)	いつ	治療・検査の内容	現在の状況(結果)
		検査結果:数値等	
		治療の有無:	

※ 心電図検査結果で異常のあった方は、その項目、診断名をご記入ください。
※ 観察が必要だったり精密検査が必要な項目がある場合は、コーディネート中に悪化する可能性もあるため、再検査などで問題ないことが確認されるまでコーディネートを進めることができません。

5. 今までに薬または食べ物などによるアレルギーはありましたか。----- はい: いいえ

「はい」の方・・・いつ頃 ()
どのような薬、食べ物でしたか。 ()

どのような症状でしたか。該当する症状に○を記入してください。

皮疹・頭痛・嘔吐・発熱・血圧低下・呼吸困難・意識障害

その他の症状 ()

6. 今までに腰痛や首の痛みはありましたか。----- はい(☐腰痛・☐首の痛み): いいえ

「はい」の方・・・症状 ()
※経過や現在(過去)の状況についてなど具体的な発症頻度も含めて記入してください。

- ☐ 現在、症状なし いつ頃 (年 月頃～ 年 月頃)
☐ 現在、症状あり いつから ()

通院: ☐ あり (☐ 通院歴あり ☐ 現在、通院中)

通院先: ☐ 整形外科 ☐ その他の診療科 : ()
診断名 () ・ なし ・ 不明
時期 (年 月頃～ 年 月頃)
治療(手術)内容 ()
検査内容 (レントゲン・MRI・CT その他:)

☐ 整骨院・接骨院

☐ なし

※ 現在、腰痛や首の痛みがある方は骨髄もしくは末梢血幹細胞採取の後、痛みが強まる場合があります。
そのため手術歴がある方はコーディネートを進めることができません。また5年以内に症状があったり治療を受けた方はコーディネートを進められない場合があります。

8XXXXXXXX-02-2