〔様式4〕

**担当ドナーリスト**申請者氏名

* **できるだけ全過程に介入している事例を多く含めて、血縁ドナー事例15件以上を含むドナー事例30件を記載してください。**
* **全過程の基準は、以下の通り、定めております（HCTC認定細則第18条）。**

**血縁ドナーの場合：HLA検査前の提供に関する医学的説明を含む意思確認の段階から、採取前**

**健康診断、採取の準備、幹細胞採取、採取後健康診断（他施設での実施も含む）に至るまで。**

**非血縁ドナーの場合: 採取前健康診断から介入し、幹細胞の提供、採取後健康診断に至るまで。**

* **規定数以上の記入は不要です。なお、申請受付開始日（2026年2月1日）以降に採取予定（未来日）の事例は記載できません。**

**＊1 全過程介入事例には、○印をつけてください。**

**＊2 BM=骨髄; PBSC=末梢血幹細胞**

**＊3 HCTCとして介入したドナー事例を採取年月日の早いものから最近のものの順番で記入してください。**

**＊4 提供に至った血縁ドナーはドナー登録番号、非血縁ドナーは骨髄バンクドナーIDを記入してください。**

**＊5 介入開始時期は、HLA検査前、採取前健診時、その他のいずれかで記入してください（「その他」の場合、支援報告書に具体的な時期を報告してください）。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **全過程（＊1）** | **ドナー年齢** | **ドナー性別** | **採取方法 BM・PBSC(\*2）** | **採取年月日**  **(＊3)** | **血縁・**  **非血縁** | **ドナーID (\*4)** | **介入開始時期**  **(\*5)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |

〔様式5〕

**担当ドナー支援報告書**申請者氏名

* **〔様式4〕に記載されているうち、全過程介入に至らなかったすべての事例について、具体的なHCTCとしての支援内容を記載してください。**
* **血縁ドナーにおいて、以下の①～③の場合でも、十分な相談、支援がなされていればカウントとして認めますが、以下に、事例の簡単な紹介および相談内容や行った支援について記載が必要です。**

**①他施設ですでにHLA検査が実施されているなどの理由でHLA検査の時点から介入していない**

**（ただし、施設内にHLA検査の段階からHCTCが介入する体制が構築されていることが条件です）**

**②HLAが適合しなかった**

**③提供に至らなかった**

* **必要に応じて書式を変更していただいて結構です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当リスト事例番号 | 内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |