**患者事例支援報告~~書~~**

研修者　氏名

【患者事例】　*No，　　/*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象事例紹介（年代・性別・家族構成・キーパーソン・病名・血縁ドナー候補の有無） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 移植日 | **/　　/** | | | | 移植ソース | BM・PBSC・CB | ドナーID※1 |  |
| 全過程介入事例 | | | はい ・ いいえ | | | | | |
| 介入日 | | 見学・実施 | | 介入内容 | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |
| /　（　） | |  | |  | | | | |

※1：ドナーIDは、血縁ドナーはドナー登録番号、骨髄バンクドナーは骨髄バンクドナーID、さい帯血はさい帯血管理番号を記入してください。

※HCTCとして実施した相談・支援内容などを丁寧に記入してください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日　　研修指導者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印