〔様式2〕

**担当患者リスト** 申請者氏名

**＊1 申請から直近の症例を移植年月日の古い順から記入してください。規定数以上の記入は不要です。**

**申請時点で移植予定（未来日）の事例は件数に含みません。**

**＊2 　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載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **患者**  **年齢** | **患者**  **性別** | **疾患名** | **移植年月日**  **\*1** | **移植ソース**  **BM/PBSC/CB** | **ドナーID**  **\*2** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |

〔様式3〕

**担当患者支援報告書** 申請者氏名

**移植に至らなかった、また、移植適応判断後の介入であった場合でも、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ので、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してください。必要に応じて書式を変更していただいて結構です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 事例番号 | 内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |