〔様式4〕

**担当患者リスト** 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、患者事例8件を記載してください。**

**全過程とは、移植適応と判断され意思決定に介入した段階から、生じた問題に対応し、移植が実施されるまでを指します。**

**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。**

**＊1 HCTCとして介入した患者事例を移植年月日の早い順に記載してください。できるだけ申請から近い事例を選択してください。**

**＊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 |  |  |  |  |  |  |

〔様式5〕

**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。**

**・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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |