〔様式6〕

**担当ドナーリスト**申請者氏名

**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。血縁ドナー事例については、できるだけ全過程に介入している事例を多く含めて記載してください。**

**全過程とは、HLA検査前の提供に関する医学的説明と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、採取後健康診断に至るまでを指します。**

**規定数以上の記入は不要です。申請時点で採取予定（未来日）の事例は件数に含みません。**

**＊1 HCTCとして介入したドナー事例を採取年月日の早い順で記入してください。できるだけ申請から近い事例を選択してください。**

**＊2 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。**

**＊3 介入開始時期は、HLA検査前、採取前健診時、その他（自由記載）等で記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **ドナー年齢** | **ドナー性別** | **採取方法BM・PB** | **採取年月日**  **(\*1)** | **血縁・非血縁** | **ドナーID (\*2)** | **介入開始時期**  **(\*3)** |
| 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7〕

**担当ドナー支援報告書**申請者氏名

**・血縁ドナーにおいて、以下の①～④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**

**④採取後健診が他院で実施された　など**

**・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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |