

同種末梢血幹細胞採取申込書

科 主治医 () 病棟 連絡先

ドナー情報

名前 殿 歳 (男 女) ID 続柄

生年月日 年 月 日 身長 cm 体重 kg 血液型

HLA 一致 不一致 () 感染症 無 有 ()

レシピエント情報

名前 殿 歳 (男 女) ID

生年月日 年 月 日 身長 cm 体重 kg 血液型

患者主治医 () 病棟 連絡先

診断名 Disease Status

採取前末梢血幹細胞動員療法

開始日 年 月 日

動員方法 /day 日間

採取希望日 年 月 日 (初日)

凍結保存 要 不要

特記事項

自己末梢血幹細胞採取申込書

科 主治医 () 病棟 連絡先

患者情報

名前 殿 歳 性別 (男 女) ID

生年月日 年 月 日 身長 cm 体重 kg

血液型

診断名 診断日 年 月 日

Disease Status

治療歴

採取前化学療法

開始日 年 月 日

予想採取時期 月 日 頃

特記事項