

# 造血幹細胞移植日決定通知書

科 主治医 ( ) 病棟 連絡先

## 患者情報

名前 殿 歳 性別(男女) ID

## 移植日

年 月 日 時頃

## 輸注細胞情報

自己末梢血・同種末梢血・臍帯血・骨髓(ABO不適合 major・minor)

採取日 年 月 日 提供者

pack 中 pack

## 特記事項

### 輸血部確認事項

液体窒素注文 ( / )

細胞の確認 ( / )

払い出しの記録 ( / )

九大病院 遺伝子細胞療法部 内線 5869 or 2490