

日本さい帯血バンクネットワーク御中

移 植 病 院 登 録 申 請 書

貴ネットワークを通じて非血縁者間臍帯血移植を実施する移植病院に登録を希望し、必要書類を添えて申請いたします。

また、公開資料(様式 1 - 2)を、貴ネットワークホームページ上において公開することについても、了承いたします。

病 院 名 : _____

診 療 科 名 : _____

診療統括責任者 : _____ 印

連絡責任者 : _____ 印

病 院 所 在 地 : 〒 _____

電 話 : _____

F A X : _____

病院長として上記の申請と非血縁者間臍帯血移植の実施を許可します。

病 院 長 : _____ 印 (公印)

以下の項目にチェックして下さい

1. 最近5年間で、内科は計10例以上、小児科は計7例以上の同種造血幹細胞移植の経験あり
2. 倫理審査委員会の認可あり(年 月認可)
認可のない場合はその理由をご記入ください。
()
3. 冷凍保存設備あり
4. 病院および診療科(移植チーム)のホームページあり
5. 造血幹細胞の解凍経験あり

必要書類

1. 本申請書(様式 1 - 1)
2. 施設概要と移植実績(様式 1 - 2)
本ネットワークのホームページで公開させていただきます。
3. 移植症例の概要(様式 1 - 3 - 1、1 - 3 - 2、1 - 3 - 3、1 - 3 - 4、1 - 3 - 5)
4. 倫理委員会の設置基準と認可の写し

1. 施設概要(公開資料)

病 院 名	
診 療 科 名	
住 所	〒
電 話 番 号	
F A X 番 号	
連絡責任者 *	(Eメールアドレス)
病院HPアドレス	
移植チーム **	医師 名・看護婦 名・その他 ()
移植相談窓口	あり(担当者)・なし
移植用病室数	部屋 (内 無菌室 部屋)
長期宿泊施設	あり (家族分 : 1日約 円)・なし

* 患者さんからの照会等を担当する医師のお名前をご記入下さい。

** 造血幹細胞移植に十分な経験を有する医師(研修医は含まない)と、造血幹細胞移植の患者を実質的に看護する看護婦の数を記入して下さい。その他、移植コーディネーターやメディカル・ソーシャル・ワーカーなどが関与していれば、具体的にご記入下さい。

2. 移植実施数(公開資料)

	同種臍帯血移植	同種骨髄移植	同種末梢血 幹細胞移植	その年の合計
平成 年				
平成 年				
平成 年				
平成 年				
平成 年				
5年間合計				
過去の合計				

* 各年は1月から12月の合計をご記入下さい (直近5年間の実績をご記入下さい)

** 移植の種類別にご記入下さい(併用の場合は主たる幹細胞によりご記入下さい)

様式1-3-2

2. 同種骨髄移植(過去5年間の症例をご記入下さい)

	患者 イニシャル	年齢 (歳)	病名・病期	ドナー		移植日	転帰 (平成 年 月)
				関係	HLA		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

2. 同種骨髄移植つづき（41例以降はこの用紙をコピーしてご記入下さい）

	患者 イニシャル	年齢 (歳)	病名・病期	ドナー		移植日	転帰 (平成 年 月)
				関係	HLA		
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							

3. 同種末梢血幹細胞移植(過去5年間の症例をご記入下さい)

	患者 イニシャル	年齢 (歳)	病名・病期	ドナー		移植日	転帰 (平成 年 月)
				関係	HLA		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

3. 同種末梢血幹細胞移植 つづき (41例以降はこの用紙をコピーしてご記入下さい)

	患者 イニシャル	年齢 (歳)	病名・病期	ドナー		移植日	転帰 (平成 年 月)
				関係	HLA		
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							