

証 明 書

_____年_____月_____日

公益財団法人 日本骨髄バンク

骨髄バンク事業に関する下記の手続きがなされたことを証明する。

1. 氏 名 _____

2. 場 所 _____

3. 目的および期間 (✓印のついたもの)

確認検査等に関するコーディネーターからの説明
(□採血含む) _____年 月 日 : ~ : _____

確認検査のための採血 _____年 月 日 : ~ : _____

骨髄採取/末梢血幹細胞採取に関するコーディネーターからの最終説明および同意書の作成 _____年 月 日 : ~ : _____

骨髄採取/末梢血幹細胞採取前の健康診断
_____年 月 日 : ~ : _____
_____年 月 日 : ~ : _____

骨髄採取時に用いる自己血保存のための採血
_____年 月 日 : ~ : _____
_____年 月 日 : ~ : _____

末梢血幹細胞採取前の顆粒球コロニー刺激因子
(G-CSF) の注射 _____年 月 日 : ~ : _____
_____年 月 日 : ~ : _____
_____年 月 日 : ~ : _____

骨髄採取/末梢血幹細胞採取に伴う入院 _____年 月 日 ~ _____年 月 日

骨髄採取/末梢血幹細胞採取後の健康診断 _____年 月 日 : ~ : _____

_____年 月 日 : ~ : _____

_____年 月 日 : ~ : _____

_____年 月 日 : ~ : _____

_____年 月 日 : ~ : _____