

## ③ 胎盤提供に関する同意書及び問診票（任意）

3 同意書及び問診票		カルテ番号	適格性判定		
			適格	不適格	
あなたの胎盤とへその緒の一部を、医療品等の原料や病気治療の材料として提供頂く際の質問事項です。					
質問事項(太枠内のみご記入下さい)			回答欄		
1	胎盤とへその緒の一部をご提供頂くことについてのお願い文書を読まれましたか、または説明を受けられましたか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
2	今までに輸血(自己血を除く)や臓器の移植を受けたことがありますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
3	1980年(昭和55年)以降、次に述べる外国に通算して下記滞在歴以上住んだこと、あるいは、旅行したことがありますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
	① 1980年(昭和55年)～1996年(平成8年)	英国、フランス			1日以上
	② 1997年(平成9年)～2004年(平成16年)	英国、フランス			通算6ヶ月以上
	③ 1980年(昭和55年)～2004年(平成16年)	アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、ドイツ、ヘルギー、ホルガル、ウツアビア			通算6ヶ月以上
	④ 1980年(昭和55年)～2004年(平成16年)	オーストラリア、ギリシャ、スウェーデン、デンマーク、アイルランド、ルクセンブルグ			通算5年以上
	⑤ 1980年(昭和55年)～現在	スイス			通算6ヶ月以上
⑥ 1980年(昭和55年)～現在	アイルランド、アルバニア、アンドラ、クロアチア、ギリシャ、スロバキア、スロベニア、セルビア・モンテネグロ、チェコ、バチカン、ハンガリー、ブルガリア	通算5年以上			
	ポランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、マドニア、マルタ、モナコ、ノルウェー、リヒテンシュタイン、ルーマニア				
4	次のいずれかに該当することがありますか。 ①CJD(クロイツフェルト・ヤコブ病)及び類縁疾患と医師に言われた事がある。 ②血縁者にCJDおよび類縁疾患と診断された人がいる。 ③人由来成長ホルモンの注射を受けたことがある。 ④角膜移植を受けたことがある。 ⑤硬膜移植を伴う脳外科手術を受けたことがある。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
同意	胎盤とへその緒の一部及び感染症の検査結果を提供することに同意頂けますか。		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
署名	署名日	西暦 20 年 月 日	フリガナ		
	住所	都道 市区 府県 郡	提供者名		
(感染症の検査結果) 下記にご記入頂くかまたは添付をお願い致します。					
検査項目	検査結果	検査年月日	医師署名欄：		
HBV	-・+	西暦 20 年 月 日			
HCV	-・+	西暦 20 年 月 日			
TP	-・+	西暦 20 年 月 日			
HIV	-・+	西暦 20 年 月 日			

の箇所をご記入  
ください。

当院では胎盤を破棄していましたが、ご本人に了承頂ける場合、(株)日本生物製剤へ提供する事となりました。上記は提供に関する同意書及び問診票です。  
同意の有無に関しては、妊婦様の任意になりますのでご提出頂かなくても問題ありません。