

見本

証 明 書

_____年_____月_____日

公益財団法人 日本骨髄バンク
理事長 ■■■ ■■■

印

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. 期 間 自 _____年_____月_____日_____時_____分
至 _____年_____月_____日_____時_____分

3. 目 的 (✓印のつけたもの)

- 確認検査等に関するコーディネーターからの説明
- 確認検査のための採血
- 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
- 骨髄採取／末梢血幹細胞採取前の健康診断
- 骨髄採取時に用いる自己血保存のための採血
- 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
- 骨髄採取／末梢血幹細胞採取に伴う入院
- 骨髄採取／末梢血幹細胞採取後の健康診断
- その他
(具体的に _____)

4. 場 所 _____

【例】 通院等をした日： 9月14日 確認検査等に関するコーディネーターからの説明
9月22日 確認検査のための採血
9月22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
10月 3日 骨髄採取／末梢血幹細胞採取前の健康診断
10月21日～25日 骨髄採取／末梢血幹細胞採取に伴う入院
11月 7日 骨髄採取／末梢血幹細胞採取後の健康診断
上記全ての期間の証明書が必要となります。
この例の場合、9月14日で1枚、9月22日で1枚、10月3日で1枚、10月21日～10月25日で1枚、11月7日で1枚の計5枚必要となります。