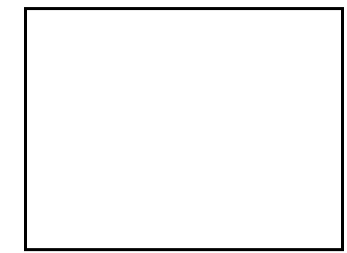


XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



XXXX XXXX 様

【健康状況調査票】

さい帯血をご提供いただき有り難うございました。
さい帯血移植を受ける方の為に、お母様とお子様の健康状況調査にご協力下さい。

【お母様について】

1	産後、何か病気をされましたか？	いいえ ・ はい（産後 頃/病名： ）
---	-----------------	---------------------

【お子様について】 生年月日：

1	お子様の性別はどちらですか？	男 ・ 女
2	お子様は出生後、何か病気をされましたか？	いいえ ・ はい（生後 頃/病名： ）
3	これまでに、悪性腫瘍（白血病、神経芽細胞腫、網膜芽細胞腫など）、先天性免疫不全症、先天性血液疾患、染色体異常症（21トリソミー/ダウン症候群など）と診断されたことはありますか？	いいえ ・ はい（病名： ）
4	1ヶ月健診の結果はいかがでしたか？	異常なし ・ 異常あり（病名： ） ・ 受診せず
5	生後4ヶ月以降に 健診は受診しましたか？	受診した（ ____ヶ月健診） ・ 受診せず（ ____ヶ月健診受診予定）
6	（問5で受診したとご記入頂いた方） 健診結果はいかがでしたか？	異常なし ・ 異常あり（病名： ）
7	先天性代謝異常に対する検査結果はいかがでしたか？	異常なし ・ 異常あり（病名： ）

記入日	年 月 日
記入者	（お子様との続柄： ）
住所 ※住所変更の予定がある 場合のみご記入下さい。	（〒 - ）
電話番号	（ ） -

ご協力ありがとうございました。