

# 家族歴調査票

兵庫さい帯血バンク 様式-HCB201-06(初版)

バーコードラベル貼付位置

さい帯血移植の安全性を高めるためにお伺いいたします。  
 次の病気をお持ちの方がいらっしゃるでしょうか。  
 いらっしゃる場合には「はい」に○をして下さい。

1 生まれてくる赤ちゃんの兄・姉	いる (____)人 ・ いない
------------------	------------------

		赤ちゃんの					
		お母さん	お父さん	兄・姉	祖父母	おじ・おば	曾祖父母
2	赤血球系の病気 <small>鎌状赤血球症、サラセミア、球状赤血球症、 橢円赤血球症、ファンconi貧血、 G6PD他赤血球酵素異常、ポルフィリン症、 ダイヤモンドブラックファン症候群等</small>						
	白血球系および免疫不全症 <small>重症複合免疫不全症、慢性肉芽腫症、 低ガンマグロブリン血症、ネゼロフ症候群、 ウイスコットアルドリッチ症候群、 ディジョージ症候群、PNP欠損症、 ADA欠損症、毛細血管拡張性運動失調症等</small>	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	血小板系の病気 <small>گرانツマン血小板無力症、 遺伝性血小板減少症、 ベルナルーヌーリエ症候群、 血小板ストレージプール病等</small>	.	.	.	.	.	.
	代謝系の病気 <small>テイサックス病、ニーマンピック病、 ゴーシェ病、ハーラー病、ハンター病、 レッシュナイハン症候群、サンフィリッポ病、 ロイコ(白質)ジストロフィー等</small>	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	その他 <small>遺伝性疾患、 クロイツフェルトヤコブ病および類縁疾患</small>						
3	<u>家族性の発症が疑われる(家系内に多発している)悪性腫瘍に罹患したことのある、または現在罹患している方</u>	はい . いいえ	はい . いいえ	はい . いいえ	はい . いいえ		
4	白血病や悪性リンパ腫などの造血器腫瘍、再生不良性貧血等の造血不全、その他の悪性腫瘍に罹患したことがある、または現在罹患している。	はい . いいえ					
5	慢性疾患(甲状腺疾患、自己免疫疾患、血液疾患等)に罹患したことがある、または現在罹患している。	はい . いいえ	⇒	問5で「はい」の場合、使用薬剤をご記入ください			

※問2～5で、「はい」に該当する場合は以下にご記入ください。

罹患者、病名や治療、いつ頃のことか、現在の状況など

記入年月日                      年                      月                      日                      記入者署名