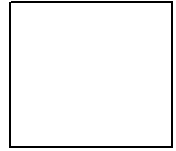


〒 XXX-XXXX

様式-HCB103-01(版数7) 健康状況調査票

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。