

③ 分娩・その他の入院される妊婦さんへ

④ 胎盤提供に関する同意書及び問診票（任意）

3 分娩・その他の入院される妊婦さんへ
 良い看護のために、貴方の情報を提供していただきたいと思っておりますので、下記の質問にお答えください。
 必ず提供していただいた情報は公開いたしません。

***尚、この用紙は次回受診時にお持ちください。**

氏名	生年月日	年齢	職業
ご本人	昭和 平成 年 月 日	歳	以前 現在
ご主人	昭和 平成 年 月 日	歳	

【入院中の連絡先】

氏名 様 住所
 TEL 携帯

〈自己-知覚〉
 1.望んだ妊娠ですか？(どちらかに○) ①はい ②あまり望んでいなかった
 2.現在、不安に思っていることはありますか？

③の用紙に関しては出来るだけ全ての項目をご記入ください。

4 同意書及び問診票

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	
	はい	いいえ
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。	<input type="checkbox"/>	<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。	<input type="checkbox"/>	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 次のいずれかに該当する場合がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

カルテ番号	適格性判定
	適格 <input type="checkbox"/> 不適格 <input type="checkbox"/>

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"/>
4 次のいずれかに該当する場合がありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
同意	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

質問等(質問等)	回答欄
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、ホルカカ、サウジアラビア 通算6ヶ月以上	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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、フィンランド、ルクセンブルグ 通算5年以上	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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 アイスランド、アルバニア、アンドラ、クロアチア、リトアニア、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、ポーランド、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 通算5年以上	

の箇所をご記入ください。

署名日	西暦 20 年 月 日	フリガナ	
署名		提供者名	
住所	都道 市区 府県 郡		

〈感染症の検査結果〉
 下記にご記入頂く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	

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問題ありません。