

骨髄提供に関する同意書

(財) 骨髄移植推進財団 殿

1. 私は、骨髄移植推進財団のコーディネーター_____、および調整医師
_____ (施設名 _____) より、「骨髄提供者と
なられる方へのご説明書」にそって、下記の事項につき説明を受け了解しました。

- ① 骨髄採取病院決定までの手順。
 - ② 骨髄採取にあたっての、健康診断および自己血採血、入院に至るまでの手順や手続き。
 - ③ 骨髄採取量の決定および骨髄採取の方法。
 - ④ 骨髄採取のための麻酔処置の意味および具体的方法。
 - ⑤ 麻酔および骨髄採取に伴い起こりうる健康被害、緊急処置の必要性和実施、およびその際の補償。
2. 骨髄提供に要した交通費が、後日骨髄移植推進財団より支給されること、休業補償は支給されないことを了解しました。
3. 私の骨髄の提供を受ける患者の氏名、住所、移植後の経過などの事項が私に知らされないことを了解しました。
4. 私の骨髄の提供日時、場所の公表は決していたしません。
万一、報道機関などの取材を受ける場合は、事前に骨髄移植推進財団に相談することを約束します。
5. この同意書に私が署名・捺印をした後は、同意を撤回いたしません。ただし、私の健康に重大な影響を及ぼす問題が生じたと判断された場合には、骨髄採取が中止または延期されることを了解しました。
6. この同意書による同意の有効期限は、私がこの書面に署名・捺印をした日から6ヵ月とし、これを超える場合は、別途骨髄提供意思の有無の確認がなされることを了解しました。
7. 私は、移植施設からの依頼により、患者へ移植後の骨髄液の生着確認等（遺伝子解析を含む）を行うために、検体採血を行う場合があることを了解しました。
8. 私は、骨髄採取後、DLI(ドナーリンパ球輸注)のため採血の依頼を受ける可能性について説明を受けました。その際は改めて説明を受け、意思の確認がなされること、また、今後、DLIの採血については、いつでも拒否できることも了解しました。

骨 髄 提 供 者

以上のとおり私の自発的意思により骨髄を提供することに同意いたします。

20 年 月 日

住所 _____

氏名（自筆署名） _____ 印

家族代表またはこれに準ずる者（続柄： _____）

家族代表またはこれに準ずる者として、骨髄提供者 _____ が
骨髄を提供することに同意いたします。

20 年 月 日

住所 _____

氏名（自筆署名） _____ 印

註：骨髄提供者本人と家族の印鑑は同一でないこと。
やむを得ない場合は指印で代用する。

立 会 人

上記の各項目につき、骨髄提供者およびその家族代表（またはこれに準ずる者）が十分な説明を受け、了解をした上で自発的に同意し、本書面に署名捺印したことを確認しました。

以上、立会人として証明します。

20 年 月 日

住所 _____

所属 _____

氏名（自筆署名） _____ 印

註：印鑑がない場合は指印で代用する。