

# 家族歴調査票

さい帯血バンク用バーコードラベル  
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。

		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
1	赤血球系の病気	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					
	白血球系および免疫不全症	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	血小板系の病気	グラントマン血小板無力症、 遺伝性血小板減少症、 ベルナール-スーリエ症候群、 血小板ストレージプール病等					
	代謝系の病気	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					
	その他	遺伝性疾患、家族性悪性腫瘍 クロイツフェルトヤコブ病および類縁疾患					

「はい」に該当する場合は以下にご記入ください。

罹患者、病名など
----------

記入年月日                      年                      月                      日 : 記入者署名