**診療情報提供-補助資料（**ヒトiPS細胞由来HLAホモ型血小板**治験用）**

**Email：meg002\_toiawase@kuhp.kyoto-u.ac.jp　MEG-002京大治験窓口（諫田）まで**

**事前に送付いただけますと幸いです。**

記入日：　　　　　年　　月　　日

・患者イニシャル（姓名）（例 KJ）：

・年齢：（　　　）歳

**現病歴について** ※現在までの病歴をご記載ください。

|  |
| --- |
| 疾患名： |

直近の血液（血小板含む）検査データもご提供ください。また、H L A抗体・H L Aタイピング検査結果がある場合は、あわせて送付ください。本治験への参加に同意された場合、当院にて検査を行いますので、新たに実施いただく必要はありません。

**既往歴・合併症・アレルギーについて** ※有の場合のみご記載ください。

|  |
| --- |
| 既往歴：□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 合併症：□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー：□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**１年以内に実施した治療歴（献血血小板製剤を除く）：**□無　□有

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治療開始日〜終了日 | 治療名 | 目的 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**献血血小板製剤の治療歴：**□無　□有（有りの場合、直近3回の投与を下記に記載ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 投与日 | 献血血小板製剤名 |
|  | □濃厚血小板-LR □濃厚血小板HLA-LR □洗浄血小板―LR □洗浄血小板HLA―LR |
|  | □濃厚血小板-LR □濃厚血小板HLA-LR □洗浄血小板―LR □洗浄血小板HLA―LR |
|  | □濃厚血小板-LR □濃厚血小板HLA-LR □洗浄血小板―LR □洗浄血小板HLA―LR |

**現在使用中の薬剤：**□無　□有　＊ステロイドは、治験期間中使用できません。

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤名（使用目的） | 薬剤名（使用目的） |
| 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |
| 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |
| 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 備考 |

 　　　　　　　　　　　　ご施設・診療科名：

　 医師名：

　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　メールアドレス：