

資料④ 問診票

2次元IDラベル(採取施設)	2次元IDラベル(保存施設)	
『お母さんへの問診票』		
記入欄に書ききれない場合は裏面にご記入ください		
お母さんのご署名:	記入日: 20 年 月 日	
今までの病気/けがについて		
1	出産前3日以内に、出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去等)を受けましたか？ 出産前1週間以内に、インフルエンザ、その他、発熱または下痢などの体調不良はありましたか？ 出産前3週間以内に、はしか(麻疹)、風疹、おたふくかぜ、帯状疱疹、水痘にかかりましたか？	はい・いいえ
2	出産前1ヵ月以内に、発熱を伴う食中毒様の激しい下痢をしましたか？ ●病名()	はい・いいえ
3	出産前1ヵ月以内に、家族、職場や学校などにリンゴ病(伝染性紅斑)やA型肝炎、E型肝炎を発症した人がいましたか？	はい・いいえ
4	出産前6ヵ月以内に、リンゴ病(伝染性紅斑)や伝染性単核球症という病気にかかりましたか？	はい・いいえ
5	肝炎と診断されたこと、黄疸がでたこと、肝炎検査でウイルス陽性と言われたことがありますか？ ●A型・B型・C型・E型・その他() 完治しましたか？ <input type="checkbox"/> はい(完治日: 年 月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	はい・いいえ
6	肝炎ウイルス保有者であると言われたことがありますか？ ●B型・C型・その他() ※保有者=キャリア	はい・いいえ
7	輸血(自己血輸血は除く)を受けたことがありますか？ ※献血ではありません	はい・いいえ
8	成長ホルモンの注射や硬膜移植を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 成長ホルモン 時期(年 月) <input type="checkbox"/> 硬膜移植 時期(年 月)	はい・いいえ
9	臓器移植(組織の移植も含む)を受けたことがありますか？ ●(詳細:)	はい・いいえ
10	以下の薬を使用したことがありますか？ ●時期(年 月) 乾せん治療薬(<input type="checkbox"/> チガソン) / プラセンタ由来の注射剤(<input type="checkbox"/> メルスモン <input type="checkbox"/> ラエンネック <input type="checkbox"/> その他輸入製剤())	はい・いいえ
11	不育症の免疫療法(リンパ球輸注療法)を受けたことがありますか？	はい・いいえ
12	性病にかかったことがありますか？ ●完治しましたか？ <input type="checkbox"/> はい(完治日: 年 月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ●病名: 梅毒・淋病・尖圭コンジローマ・クラミジア・性器ヘルペス・その他()	はい・いいえ
13	出産前1年以内に、以下のことがありましたか？ <input type="checkbox"/> 鍼治療 (<input type="checkbox"/> 使い捨ての針を使用 <input type="checkbox"/> 使い捨ての針を使用しない) ●時期(年 月) <input type="checkbox"/> いれずみ(刺青、タトゥ)をしたこと ●時期(年 月) <input type="checkbox"/> 使用済み注射針を誤って自分に刺したこと ●時期(年 月)	はい・いいえ
14	出産前1年以内に、予防接種(インフルエンザやHBワクチンを含む)を受けましたか？ ●予防接種の種類() ●時期(年 月)	はい・いいえ
15	出産前3週間以内に、以下のことがありましたか？ <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群(SARS)と診断された、またはSARSの疑いがあると診断された <input type="checkbox"/> SARS患者、またはSARSと疑われた人を見護・介護した、接触があった、または同居していた	はい・いいえ
16	その他、大きな病気(がん、結核、血液疾患など)にかかったことがありますか？	

海外渡航歴について

1	1980年以降、イギリスに旅行または滞在したことはありますか？（書ききれない場合は裏面にご記入下さい）	
	●イギリス 都市名： 西暦 年 月頃から 年 月頃まで；通算約 年 カ月 日間	はい・いいえ
	●イギリス 都市名： 西暦 年 月頃から 年 月頃まで；通算約 年 カ月 日間	裏面への記入 あり・なし
2	1980年以降、日本国外に旅行または滞在したことはありますか？（書ききれない場合は裏面にご記入下さい）	
	●国名： 都市名： 西暦 年 月頃から 年 月頃まで；通算約 年 カ月 日間	はい・いいえ
	●国名： 都市名： 西暦 年 月頃から 年 月頃まで；通算約 年 カ月 日間	
	●国名： 都市名： 西暦 年 月頃から 年 月頃まで；通算約 年 カ月 日間	
	●国名： 都市名： 西暦 年 月頃から 年 月頃まで；通算約 年 カ月 日間	裏面への記入 あり・なし
3	海外旅行中に虫刺され・黄痘を伴う発熱を経験しましたか？ ●時期（ 年 月）	はい・いいえ
4	マラリア予防薬を服用したことがありますか？ ●時期（ 年 月）	はい・いいえ
5	海外より帰国してから4週間以内ですか？	はい・いいえ

性的接触について

1	以下のことがありましたか？	
	・エイズ検査（HIV検査）で陽性と言われた。または、過去に陽性者と性的接触があった	はい・いいえ
	・出産前1年以内に、麻薬・覚醒剤を静脈注射した経験がある。または、経験者と性的接触があった	
	・出産前1年以内に、男性同性愛者や不特定の異性と性的接触があった	
2	出産前1年以内に、肝炎ウイルス保有者（キャリア）と性的接触がありましたか？	はい・いいえ

ピアスについて

1	出産前1年以内に、ピアスホールを開けましたか？ ●時期（ 年 月）	
	●方法： <input type="checkbox"/> 針がそのままピアスになるもので開けた <input type="checkbox"/> 医療機関で開けた	はい・いいえ
	<input type="checkbox"/> 使い捨ての針で開けた（1人のみ使用、2人以上で使用） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

その他

1	出産前3か月以内に、以下の種の生肉（刺身、ルイベ等）または生レバーを食べましたか？	
	・豚・猪（いのしし）・鹿 あるいは動物種不明	はい・いいえ
2	以前、臍帯血を提供した経験がありますか？ ●時期（ 年 月 日）	はい・いいえ

資料⑤ 家族歴調査票

2次元IDラベル(採取施設)		2次元IDラベル(保存施設)
『家族歴調査票』		
※ I から II の設問があります		
お母さんのお名前	記入日:西暦 20 年 月 日	
作成担当者名(病院担当者)		
I. 人種について(○をつけて下さい)(注意:国籍ではありません)		
赤ちゃんのお母さん: 日本人	・ その他()系	※人種によって白血球型の分布が異なるための設問です。
赤ちゃんのお父さん: 日本人	・ その他()系	
II. ご家族の中に下記の病気をお持ちの方がいらっしゃいますか?(印をつけ、カッコ内に詳細を記入してください)		
① 産まれてくる赤ちゃんのお母さんは、慢性疾患(糖尿病[インスリン依存型]、膠原病、内分泌疾患、神経疾患など血液疾患、その他の悪性腫瘍にかかったことがありますか? または、現在かかっていますか?		
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (病名:) いる (病名:)		
② 産まれてくる赤ちゃんのご両親、兄・姉、祖父母(2親等以内)に、血液疾患(白血病・悪性リンパ腫などの造血器腫瘍、再生不良性貧血などの造血不全)、または家族性発症が疑われる悪性腫瘍(家族性大腸ポリポーシス等)にかかったことがある方、または、現在かかっている方がいますか?		
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (病名:) どなたですか? 赤ちゃんの() いる (病名:) どなたですか? 赤ちゃんの()		
③ 産まれてくる赤ちゃんのご両親、祖父母、兄・姉、曾祖父母、血縁関係のあるおじ・おば(3親等以内)に下記③-1から③-6の病気にかかったことがある方、または、現在かかっている方がいますか?		
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (病名:) どなたですか? 赤ちゃんの() いる (病名:) どなたですか? 赤ちゃんの()		
③-1 赤血球系の病気	鎌状赤血球症、G6PD他赤血球酵素異常、サラセミア、ファンconi貧血、球状赤血球症、橢円赤血球症、ポルフィリン症、ダイヤモンド・ブラックファン症候群 等	
③-2 白血球系の病気 および免疫不全症	重症複合免疫不全、慢性肉芽腫症、ロイコジストロフィー、ディジョージ症候群、ウィスコット・アルドリッチ症候群、低ガンマーグロブリン血症、ネゼロフ症候群、ADA 欠損症、PNP欠損症、毛細血管拡張性運動失調症 等	
③-3 血小板系の病気	グランツマン血小板無力症、バルナール・スーリエ症候群、アルポート症候群、遺伝性血小板減少症、遺伝性出血性毛細血管拡張症、血小板ストアレッジ・プール病 等	
③-4 代謝性の病気	テイ・サックス病、ゴーシェ病、ニーマン・ピック病、ハーラー病、ハンター病、レッシュ・ナイハン症候群、サンフィリポ病 等	
③-5 神経系の病気	クロイツフェルト・ヤコブ病 等	
③-6	その他の遺伝性の病気	

資料⑥ 分娩記録

2次元IDラベル(採取施設) 2次元IDラベル(保存施設)

分娩記録

母親氏名	殿	年齢	才	血液型 □A, □B, □O, □AB Rh(□+, □-)
------	---	----	---	-----------------------------------

妊娠・出産歴		
妊娠回数(今回を含む)	回	
生児出産回数(今回を含む)	回	
感染症 (妊娠初期および経過中)	□ なし	□ 有(□HBV(□キャリア, □治癒後), □HCV, □HIV, □HTLV, □梅毒, □クラミジア, □その他:)
既往歴	□ なし	□ 有()
妊娠中毒症	□ なし	□ 有(□尿蛋白, □高血圧, □浮腫, □その他:)
その他妊娠合併症	□ なし	□ 有()
不育症の免疫療法歴(リンパ球療法)	□ なし	□ 有

投薬		
誘導・陣痛促進	□ なし	□ 有(□アトニンO, □PGF, □PGE2, □その他:)
分娩前24時間以内の服薬	□ なし	□ 有(薬物名 , 量)

分娩経過		
分娩予定日	20 年 月 日	
多胎妊娠(今回)	□ なし	□ 有
陣痛	□ なし(誘導剤上記へ記載)	□ 有
破水	□ 自然	月 日(24時間表記) 時 分
	□ 人工	
分娩様式	□ 経膣	□正常分娩 □鉗子分娩 □吸引分娩
	□ 帝王切開術	□骨盤位娩出術 □その他: □緊急

児分娩 西暦20 年 月 日(24時間表記) 時 分・在胎 週 日

胎盤娩出	月 日(24時間表記) 時 分	
羊水混濁	□ なし	□ 有
	□低 □中 □高 □悪臭 □血性 □着色: □その他:	
副胎盤	□ なし	□ 有
胎盤重量	g	
臍帯	長さ	cm
	太さ ×	cm

臍帯血採血者: _____ 担当医(採血者と異なる場合のみ記入): _____

新生児記録	性別	□男 □女 □不明	体重	g	アプガースコア1分後	点
外表奇形	□ なし	□ 有()	その他特記事項:(ありの場合のみ記入)			
胎児仮死	□ なし	□ 有				

記入日 : 西暦20 年 月 日

記入者氏名 : _____

採取施設名 : _____ 病院

資料⑦ 児の健康状況調査（6カ月以上経過時点での調査）

臍帯血・臍帯をご提供くださいましたお母さまへ

～お子さまとお母さまの健康状況調査のお願い～

この度は臍帯血・臍帯をご提供くださりましてありがとうございました。お子さまの臍帯血・臍帯は無事保存され、様々な検査の大半を終えました。

さて、その後お子さまはいかがお過ごしでしょうか？

今回は、様々な検査項目の中の最終項目となる「お子さまとお母さまの健康状況調査票」を同封しております。ご記入の上ご返送くださいますようお願い申し上げます。

お子さまの健康状況は、凍結保存された臍帯血・臍帯の性状にも反映されます。

健診の結果につきましては4ヶ月以降で6ヶ月に最も近い時期の公的健診の結果をお知らせください。

なお、お子さまが10歳ごろまでに、血液疾患・癌・免疫不全・代謝性疾患・染色体異常等が認められた場合には、お手数ですがぜひ当細胞リソースセンター(下記)までご連絡ください。

本調査の趣旨をご理解の上、何卒ご協力をお願いいたします。

大変お忙しい毎日かと存じますが、お子さまの健やかなご成長を私どもスタッフ一同お祈りしております。

※ ご提供いただきました個人情報、上記以外の目的で使用する事は一切ありません

東京大学医科学研究所 東大医科研細胞リソースセンター

セルプロセッシング・輸血部

部長・教授： 東條有伸

講師：長村登紀子

住所：東京都港区白金台4-6-1

TEL: 03-5449-5527

資料⑦ 児の健康状況調査 (健康児からの採取の場合)

前回送付日
年 月 日

MSUT-CRC 記入欄
No. _____ 確認者 年月日

お子さまとお母さまの健康状況調査票

ご協力へのお願い [初回・再度・未記入分]



お母さまについて

この度は臍帯血・臍帯をご提供くださりありがとうございました。
このお手紙は 年 月 日ご誕生のお子さまと産後のお母さまの健康状態に関するアンケートです。
保存させていただいております臍帯血・臍帯を、患者さんの治療に使用する際に必ず必要となる事項ですので、
ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

[] の箇所はどちらかに○をお付け下さい。

- 1) お母さまのお名前: _____
- 2) お母さまについて: 出産後これまでに、何か病気をなさいましたか? [はい] ・ [いいえ]
(はい) とお答えの方、どのようなご病気でしたか? (具体的内容: _____)

お子さまについて

- 1) お子さまのお名前・性別: _____ [男] ・ [女]
- 2) お子さまの生年月日: 西暦 年 月 日
- 3) 出 産 病 院 名: _____ 病院
- 4) お子さまの現在の体重: () か月 () kg
- 5) 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)と診断された事がありますか? [はい] ・ [いいえ]
(はい) とお答えの方、どのようなご病気でしたか?
(具体的内容: _____)
- 6) 健診の結果はいかがでしたか? (下記のうち受診された健診月にチェックの上、結果をお知らせください)
4・5・6・7・8・9・10・11・12・18か月・その他 ()
上記の健診の結果 ⇒ [異常なし] ・ [異常あり]
[異常あり] とお答えの方、どのような内容でしたか? (具体的内容: _____)
- ※ 必ず一度は公的な健診を受診することをおすすめいたします。
- 7) 先天性代謝異常症に対するマス・スクリーニング検査の結果はいかがでしたか?
(ご出産された病院で検査され、病院に結果が通知されています。異常がなければ連絡はありません)
[異常なし] ・ [異常あり] (具体的内容: _____)
- 8) 健診にかかわらず、現時点までにお子さまは何かご病気をなさいましたか? [はい] ・ [いいえ]
(はい) とお答えの方、どのようなご病気でしたか?
(具体的内容: _____)

未記入がないかも一度ご確認ください。最後に下欄にご記入いただき終了です。

なお、ご記入いただきました個人情報、臍帯血と臍帯の安全性の確保をはじめとする当研究事業目的以外に使用されることは一切ございません。

ご記入年月日	西暦 年 月 日		
ご記入者氏名	印 (児との続柄: _____)		
ご住所 〒	電話番号	ご出産時と	
		同じ・変更	
2次連絡先	実家・親戚・その他	実家の姓 勤務名称等	

ご協力ありがとうございました。同封の返信用封筒にて本票をご返送ください。

資料⑦ 児の健康状況調査 (有疾患児の場合)

別出送付口 年 月 日	資料 9-2 : 健康状況調査票	記入欄 確認者 年月日
----------------	------------------	----------------

お子さまとお母さまの疾患状況調査票

ご協力へのお願い [初回・再度・未記入分]



この度は臍帯血・臍帯をご提供くださりありがとうございました。
 このお手紙は 年 月 日ご誕生のお子さまと産後のお母さまの疾患状態に関するアンケートです。
 ご提供いただきました臍帯血・臍帯について、疾患の病態解明等に役立たせるためのアンケートです。
 ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

お母さまについて

- 1) お母さまのお名前: _____ 【 】の箇所はどちらかに○をお付け下さい。
- 2) お母さまについて: 出産後これまでに、何か病気をなさいましたか? 【はい】 ・ 【いいえ】
 【はい】とお答えの方、どのようなご病気でしたか? (具体的内容: _____)

お子さまについて

- 1) お子さまのお名前・性別: _____ 【男】・【女】
- 2) お子さまの生年月日: 西暦 年 月 日
- 3) 出産病院名: _____ 病院
- 4) お子さまの現在の体重: () か月 () kg
- 5) 疾患名: _____

その他に、これまでに、先天性代謝異常症、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)、悪性腫瘍(白血病、神経芽細胞腫、網膜芽細胞腫など)と診断された事がありますか?

- 【はい】 ・ 【いいえ】
 【はい】とお答えの方、どのようなご病気でしたか?
 (具体的内容: _____)

- 6) その他、何かご病気をなさいましたか?
 【はい】 ・ 【いいえ】
 【はい】とお答えの方、どのようなご病気でしたか?
 (具体的内容: _____)

- 7) その他ご不安な点がありますか?

未記入がないかもう一度ご確認ください。最後に下欄にご記入いただき終了です。

なお、ご記入いただきました個人情報、臍帯血と臍帯の研究目的以外に使用されることは一切ございません。

ご記入年月日	西暦 年 月 日		
ご記入者氏名	印 (児との続柄: _____)		
ご住所	〒	電話番号	ご出産時と
			同じ・変更

ご協力ありがとうございました。同封の返信用封筒にて本票をご返送ください。

資料⑧ 臍帯血と臍帯由来間葉系幹細胞製剤品質基準書

	母体血	臍帯血	臍帯由来間葉系幹細胞
感染症検査*	HBsAg,HBsAb,H BcAb,HCV Ab, HIV Ab, HTLVI/II, CMV(IgG/IgM), Syphilis,(TPHA), ParvoB19,GPT	•PCR(HBV,HCV,HIV,H TLVI/II,CMV,Syphilis, ParvoB19) •無菌検査	•無菌検査 •Mycoplasma, •Endotoxin,
HLA	-	A, B, C, DRB1	A, B, C, DRB1
血液・細胞の 検査 ^{1,2}	-	NC, CD34+#, CFU, Blood type, Hbpathy, 凍結曲線	マスター細胞(～5passage) Phenotype(CD73+, CD105+, CD90+, (CD44+, HLA-Class I+) /CD45-,CD34- ,CD14-,CD19-,HLA-DR-), 解凍検査: Cell number, Morphology, Viability>95%, (染色体/必要に応じてgenome check), 分化能検査
健康調査	6か月以降の児の健康の確認		

¹ 異常が見つかった場合の提供者への開示については、IRB および IC 内容に従う。² 検査項目は厚労省からの指示、その時の感染症の流行の状態や新規品質指標がある場合に、適宜追加される。

