

제대혈 검색 요청서 []국내
[]국외

검색요청일		검색 요청	[] 1차 [] 재검색 (회)
의료기관명			
주 소			

1. 연락책임의사 (제대혈이식 담당 전문의) / 코디네이터

구 분	성명/서명	담당과	전화번호	이동전화번호	팩스
환자 담당의사	(인)				
코디네이터	(인)				

2. 환자 정보

성명		주민등록번호	
주소		체중	혈액형
진단명		질병의 경과	진단일
보험 종류	[] 보험 [] 1종 보호 [] 2종 보호 [] 비보험		

과거 이식 여부 ([] 예 [] 아니요)	이식방법	자가	혈연	비혈연
	말초혈 이식			
	골수 이식			
	제대혈 이식			
	이식일	년 월 일	이식기관명	

3. 환자의 HLA 검사결과

	HLA-A		HLA-B		HLA-C		DRB1		DQB1	
Serology										
DNA										

「제대혈 관리 및 연구에 관한 법률」 제26조제1항 및 같은 법 시행규칙 제17조제1항에 따라 위와 같이 제대혈 검색을 요청합니다.

년 월 일

○○○ 의료기관의 장 직인

제대혈정보센터의 장 귀하