**FAX送信先：0172-39-5320（弘前大学医学部附属病院輸血部） ytamai@hirosaki-u.ac.jp**

**赤血球同種抗原への免疫感作に関する第１次調査票 　（事務局記入欄：施設整理番号　　　　　　）**

**回答年月日2016年　12　月　5　日**

**施設名　鹿児島大学病院　　　　　回答者（担当者）＿古川良尚**

**TEL:　099-283-9355（直通PHS）FAX:　 099-275-5641　e-mail : furukawy@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp**

**質問１　貴施設では19歳未満の小児輸血を年間30例（患者数）以上施行していますか（　　はい　　）**

**＊回答が「いいえ」の場合、調査終了となります。ご協力ありがとうございました**

**質問2　赤血球抗原に対する小児（未成年）同種免疫に関する多施設共同研究にご参加いただけますか**

**（　　いいえ　　）**

**＊回答が「いいえ」の場合、調査終了となります。ご協力ありがとうございました**

**以下は、「はい」とお答えいただいた施設に質問です**

**質問3　貴施設における19歳未満の年間輸血症例（患者数）の概数をお知らせください**

**（　　100例以上　　）**

**質問4　貴施設の倫理委員会において本研究参加が困難となる可能性がありますか（　はい　　いいえ　）**

**＊弘前大学医学部倫理委員会提出書類は、参加予定施設に送付します。**

**＊回答が「はい」の場合、主研究施設倫理委員会書類（承認書）以外でお手伝いできることがありますか**

**記載：**

**質問5　対象期間中に貴施設で、19歳未満の小児で赤血球輸血後に不規則抗体を検出した症例がありますか**

**（　　ある　　　　）　＊母体からの移行抗体を除きます**

**＊母体からの移行抗体を検出した症例がありますか**

**（　　不明　　）**

**質問6　2001年から2015年までの全症例調査が不可能な場合についてお知らせください**

**上記期間すべてが不可能な場合、参加可能期間がございますか？　2015年～　2015年**

**質問７　第２次調査票をお送りしてもよろしいですか　　（　　いいえ　　）**

**送付先　住所　〒**

**施設名**

**担当者**

**ありがとうございました。**

**共同研究にご参加いただく担当者様に、第２次調査票をお届けします。よろしくお願い致します。**