

献腎移植新規登録・診療情報提供書

|       |                |     |                           |                                  |
|-------|----------------|-----|---------------------------|----------------------------------|
|       | の枠は必ず記載してください。 |     | 記載日：      年      月      日 |                                  |
| フリガナ  |                |     | 性別                        | 生年月日                             |
| 氏名    |                |     | 男    ・    女               | 西暦      年      月      日(      歳) |
| 透析施設名 |                | 主治医 | 電話番号<br>(登録者)             |                                  |

|      |                               |             |             |             |             |             |       |     |                 |
|------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|-----|-----------------|
| 原疾患  |                               |             |             |             |             | 発症日         |       | 腎生検 | 有    ・    無     |
| 透析方法 | 血液透析・腹膜透析・血液+腹膜透析・その他(      ) |             |             |             |             |             | 導入年月日 |     | 年      月      日 |
| 透析曜日 | 月                             | 火           | 水           | 木           | 金           | 土           |       |     |                 |
| 時間帯  | 午前・午後<br>夜間                   | 午前・午後<br>夜間 | 午前・午後<br>夜間 | 午前・午後<br>夜間 | 午前・午後<br>夜間 | 午前・午後<br>夜間 |       |     |                 |

|     |
|-----|
| 現病歴 |
|-----|

|       |             |      |     |      |
|-------|-------------|------|-----|------|
| 既往歴   |             | 発症年齢 | 疾患名 | 治療方法 |
| 感染症   | 有    ・    無 | 歳頃   |     |      |
| 悪性腫瘍  | 有    ・    無 | 歳頃   |     |      |
| 心疾患   | 有    ・    無 | 歳頃   |     |      |
| 肝障害   | 有    ・    無 | 歳頃   |     |      |
| 消化性潰瘍 | 有    ・    無 | 歳頃   |     |      |
| 脳血管障害 | 有    ・    無 | 歳頃   |     |      |

|      |             |         |          |
|------|-------------|---------|----------|
| 合併症  |             | 具体的な疾患名 | 治療方法・内服薬 |
| 感染症  | 有    ・    無 |         |          |
| 糖尿病  | 有    ・    無 |         |          |
| 悪性腫瘍 | 有    ・    無 |         |          |

|         |             |                  |  |
|---------|-------------|------------------|--|
| 心疾患     | 有    ・    無 | 心エコー所見：      EF： |  |
| 肝障害     | 有    ・    無 |                  |  |
| 喘息      | 有    ・    無 |                  |  |
| 高血圧     | 有    ・    無 |                  |  |
| 低血圧     | 有    ・    無 |                  |  |
| 消化性潰瘍   | 有    ・    無 |                  |  |
| 脳血管障害   | 有    ・    無 |                  |  |
| 視力障害    | 有    ・    無 |                  |  |
| 聴力障害    | 有    ・    無 |                  |  |
| 閉塞性動脈疾患 | 有    ・    無 |                  |  |
| 網膜症     | 有    ・    無 |                  |  |
| 片麻痺     | 有    ・    無 |                  |  |
| 末梢血管疾患  | 有    ・    無 |                  |  |
| 下部尿路障害  | 有    ・    無 |                  |  |
| 人工肛門    | 有    ・    無 |                  |  |

|              |             |              |
|--------------|-------------|--------------|
| 抗凝固剤・抗血小板剤内服 | 有    ・    無 | (薬剤名：      ) |
| その他          |             |              |

|      |        |  |
|------|--------|--|
| コメント | 透析施設   |  |
|      | 記載医師署名 |  |