

献腎移植登録更新者診療情報提供書

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
透析施設名	主治医	電話番号(登録者)	

原疾患	発症日		腎生検	有 ・ 無
-----	-----	--	-----	-------

血液型	A ・ B ・ O ・ AB Rh	身長	cm	体重 (DW)	kg
-----	-------------------	----	----	---------	----

感染症	HB s Ag	HCVAb	HIV
	- ・ + ・ ± ・ 未検	- ・ + ・ ± ・ 未検	- ・ + ・ ± ・ 未検
	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
	HTLV-1	梅毒	
	- ・ + ・ ± ・ 未検	- ・ + ・ ± ・ 未検	
	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	

輸血歴	有 ・ 無	最終輸血日： 年 月 日	輸血回数	回
妊娠歴	妊娠回数	回	出産回数	回
アレルギー	有 ・ 無	アレルギーの種類： 薬剤 ・ 食物 ・ 造影剤 ・ 消毒薬 ・ その他 ()		

透析方法	血液透析 (透析時間 時間) ・ 腹膜透析 ・ 血液+腹膜透析 ・ その他 ()				
透析曜日	月	火	水	木	金
時間帯	午前・午後・夜間	午前・午後・夜間	午前・午後・夜間	午前・午後・夜間	午前・午後・夜間

既往歴 (手術歴を含む)	
-----------------	--

合併症	
抗凝固剤 抗血小板剤内服 の有無(薬剤名)	

胸部レントゲン所見	腹部エコー所見	全身CT所見
CTR %		
検査日： 年 月 日	検査日： 年 月 日	検査日： 年 月 日

上記以外の検査状況 (あれば記載してください)

胃カメラ	異常：無 ・ 有 ()
大腸カメラ	異常：無 ・ 有 ()

- 薬剤情報提供書
 直近の血液検査結果
- } 同封して下さるようお願い致します。

記載医師署名	
--------	--

透析担当医に

記入をお願いしててください。

移植病院に受診の際、

本人がお持ちください。