

# 献腎移植新規登録・診療情報提供書

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

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 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	午前・午後 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		
心電図所見:	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		

血液検査データ					
・WBC	/ $\mu$ L	・Ca	mg/dL	・LDH	U/L
・RBC	$\times 10^4$ / $\mu$ L	・P	mg/dL	・ALP	U/L
・Hb	g/dl	・BUN	mg/dL	・AMY	U/L
・Ht	%	・CRE	mg/dL	・CRP	mg/dL
・PLT	$\times 10^4$ / $\mu$ L	・TP	g/dL	・PTH-1	pg/mL
・Na	mmol/LI	・ALB	g/dL	・GLU	mg/dL
・K	mmol/LI	・AST(GOT)	U/L	・HbA1c	%
・Cl	mmol/LI	・ALT(GPT)	U/L	・グリコアルブミン	%

先行的献腎移植登録  
 希望者は、eGFR値を  
 ご記入ください  
**eGFR:**

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( )
MRI	異常: 無・有( )
子宮癌検診	異常: 無・有( )
乳癌検診	異常: 無・有( )
その他	

処方内容  下記のとおり  別紙参照

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

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

HLA (検索型)	A	B	DR	HLA型 (DNA型)	A	B	DRB1	DRB3/4/5	HLA検査日 年 月 日

輸血歴	有・無	最終輸血日: 年 月 日	妊娠歴	有・無	妊娠回数 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( )			
移植歴	有・無	最終移植日: 年 月 日(生体腎・死体腎) 移植回数: 回 移植腎(残存・摘出)			

コメント	透析施設
	記載医師署名