

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	c m	体重 (DW)	k g
-----	----------------	----	----	-----	---------	-----

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	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

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

同封してくださるようお願い致します。

記載医師署名

透析担当医に

記入をお願いしてください。

移植病院に受診の際、

本人がお持ちください。