

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 (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 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			

血液検査データー									
・WBC	/μL	・Ca	mg/dL	・LDH	U/L	先行的献腎移植登録希望者は、eGFR値をご記入ください eGFR:			
・RBC	×10 ⁴ /μL	・P	mg/dL	・ALP	U/L				
・Hb	g/dl	・BUN	mg/dL	・AMY	U/L				
・Ht	%	・CRE	mg/dL	・CRP	mg/dL				
・PLT	×10 ⁴ /μL	・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	%				
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				