

# 献腎登録問診票

本人記入欄	フリガナ			性別	生年月日	
	漢字氏名 (自署)			男・女	昭和 平成 (西暦: )	年 月 日 ( 歳)
	電話番号1	( )	電話番号2	( )		
	郵便番号	〒 -				
	住所	都道府県		市区郡		
	勤務先名			電話番号	( )	
	緊急連絡先	フリガナ			電話番号	( )
漢字氏名				続柄	配偶者・親・子・兄弟姉妹・その他の親戚 その他 ( )	
移植希望病院	(第一希望) 社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院			(第二希望)		

医師記入欄	血液型	A・B・O・AB	Rh	+	-	身長	cm	体重	kg			
	感染症	HBsAg		HCVAb		HIVAb		HTLV-1Ab				
		( - ・ + ・ ± ・ 未検 )		( - ・ + ・ ± ・ 未検 )		( - ・ + ・ ± ・ 未検 )		( - ・ + ・ ± ・ 未検 )				
		検査日	年 月 日	検査日	年 月 日	検査日	年 月 日	検査日	年 月 日			
	HLA型 (検索型)	A	B	DR	HLA型 (DNA型)	A	B	DRB1	DRB3/4/5			
	HLA検査日	年 月 日		検査施設								
	HLA検査 コメント											
	PRA	class I	% ( - ・ + ・ ± )			class II	% ( - ・ + ・ ± )					
	原疾患名						発症年月日	年 月 日				
	透析施設名	主治医:					電話番号	( )				
	透析方法	血液・腹膜・血液濾過	透析曜日	月	火	水	木	金	土			
		血液+腹膜・家庭血液 その他 ( )		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		
	導入年月日	年 月 日										
	先行的 献腎移植登録	【小児・臍腎同時・肝腎同時】申請審査委員会承認 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 承認日: 年 月 日										
	【成人(腎臓単独)】統一基準への適合 <input type="checkbox"/> 適合無(登録不可)・ <input type="checkbox"/> 適合有(審査委員会の承認無く登録可)											
既往歴	・感染症 ( 歳)		・悪性腫瘍 ( 歳)		・心疾患 ( 歳)		・肝障害 ( 歳)		・消化性潰瘍 ( 歳)		・脳血管障害 ( 歳)	
	・手術(内容等: ) ( 歳)						シヤントラブル による手術		有・無			
	・その他 ( )											
合併症	・感染症		・糖尿病		・悪性腫瘍		・心疾患		・肝障害		・喘息	
	・消化性潰瘍		・脳血管障害		・視力障害		・聴力障害		・閉塞性動脈疾患		・網膜症	
	・片麻痺		・末梢血管疾患		・下部尿路障害		・人工肛門		・ACDK		・II° HPT	
	・その他 ( )											
輸血歴	無	有	最終輸血日: 年 月 日		不明	妊娠歴	無	有	不明			
移植歴	無	有	最終移植日: 年 月 日 (生体腎・死体腎臓・海外)		移植回数: 回		移植臓器(心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・骨髄・その他)			不明		
コメント						記載年月日	年 月 日					
						透析医師署名						
<input type="checkbox"/> 入金予定 <input type="checkbox"/> 非課税・生活保護免除予定					<input type="checkbox"/> 臍腎同時予定 <input type="checkbox"/> 肝腎同時予定		移植医師署名					

の枠は必ず記入してください。記入の際は、楷書にてご記入ください。