

腎臓移植希望者基本データ記入用紙

透析施設（導入予定）で記入・選択してください。

フリガナ				性別	生年月日		
漢字氏名				男・女	年 月 日 (歳)		
血液型	A・B・O・AB	Rh	+・-	身長*	cm	体重*	kg
感染症	HBsAg	HCVAb		HIVAb		HTLV1Ab	
	(-・+・±・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	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検査コメント		
HLA型 (DNA型)	A	B	DRB 1		DRB 3/4/5		
HLA検査日	年 月 日	検査施設	大分県立病院・()				
PRA検査	class I	% (-・+・±)		class II	% (-・+・±)		

*小数点以下1桁まで記入してください。

原疾患名				発症年月日	年 月 日			
透析施設名				電話番号	()			
透析方法	血液・腹膜・血液濾過・ 血液+腹膜・家庭血液・ その他 ()	透析曜日時 間帯	月	火	水	木	金	土
			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							
導入予定	<input type="checkbox"/> ()							
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 (歳) 内容:				シャント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 高血圧 低血圧 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	有・無・不明		
移植歴	無	有	最終移植日: 年 月 日 (生体・死体・海外)				不明	
	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)							
コメント								
記載年月日	年 月 日			透析医師署名				

: 大分県立病院にて記入

: 透析医師必ず記入