

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			
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	悪性腫瘍	心疾患	肝障害	消化性潰瘍	脳血管障害		
	(歳)	(歳)	(歳)	(歳)	(歳)	(歳)		
	手術(歳)内容:					シャントトラブルによる手術	有・無	
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()								
内服薬	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> ACE阻害薬/ARB							
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

検査データはコピーを添付の際は記入不要です。可能な範囲で記入をお願いします。

2024/12~