

献腎登録問診票（熊本赤十字病院）

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。
 ※1は小数点以下1桁まで記載してください。

熊本赤十字病院ID: _____

本人	フリガナ	
	患者氏名	
	性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳) (西暦: 年)

医師記入欄	血液型	A ・ B ・ O ・ AB			Rh	+ ・ -		身長 (※1)	cm		透析前体重 (※1)	kg					
	感染症	HBsAg			HCVAb			HIVAb			HTLV1Ab						
		(- ・ + ・ ± ・ 未検)			(- ・ + ・ ± ・ 未検)			(- ・ + ・ ± ・ 未検)			(- ・ + ・ ± ・ 未検)						
	HLA型 (検索型)	A	B	DR	HLA型 (DNA型)	A	B	DRB1	DRB3/4/5								
		※別紙添付の場合、記載不要															
	HLA型検査日	年 月 日			検査施設												
	HLA型検査コメント																
	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				時間帯	午前	午前	午前	午前	午前	午前					
	導入年月日	年 月 日			夜間	夜間	夜間	夜間	夜間	夜間	夜間						
	先行的献腎移植登録	【小児・隣腎同時・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		・末梢血管障害		・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 ・ 死体 ・ 海外)						不明					
	移植回数: 回			移植臓器 (心臓・肺・肝臓・隣臓・腎臓・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										
<input type="checkbox"/> 入金予定 <input type="checkbox"/> 非課税・生活保護免除予定						<input type="checkbox"/> 隣腎同時予定 <input type="checkbox"/> 肝腎同時予定											