

献腎移植問診票（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)				
		検査日 年 月 日		検査日 年 月 日		検査日 年 月 日		検査日 年 月 日				
	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	
		その他 ()				午後	午後	午後	午後	午後	午後	
	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・脾腎同時・肝腎同時】 申請審査委員会承認 □無 □有承認日: 年 月 日										
		【成人(腎臓単独)】 統一基準への適合 □適合無(登録不可) ・ □適合有(審査委員会の承認無く登録可)										
	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(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・脾臓・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						
□ 入金予定 □ 非課税・生活保護免除予定						□ 脾腎同時予定 □ 肝腎同時予定						