

富山大学附属病院 腎移植外来

献腎移植待機者のチェックシート

FAX 076-434-5105 (TEL 076-434-7804)

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	旧姓()	男女	昭和・平成・令和・西暦
				年 月 日 (歳)

依頼元施設名	施設名称	電話番号
		() -
	医師氏名	F A X
		() -

以下の項目は、いずれも腎移植の際に極めて重要な項目です。お分かりになる範囲で結構ですので記載をお願い申し上げます。

透析導入年月日	年 月 日	透析歴	年
透析導入施設			

腎不全の原疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> IgA腎症 <input type="checkbox"/> 巣状糸球体硬化症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
腎生検の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

感染症	HBs抗原 (-・+) HBs抗体 (-・+・未検) HCV抗体 (-・+)
	※(+)の場合:HBV-DNAあるいはHCV-RNAの定量結果 ()

既往歴	輸血歴 (-・+) 妊娠歴 (-・+) 過去の移植歴 (-・+)	
	心疾患 (-・+)	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> その他
		PCI (-・+) (年 月) CABG (-・+) (年 月)
	脳血管障害 (-・+)	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 (年 月)
	悪性腫瘍 (-・+)	()
	その他 ()	

現在の身体状況	現在の喫煙 (-・+)	
	心エコー	左室駆出率EF()% その他() 検査日(年 月)
	閉塞性動脈硬化症ASO (-・+)	ABI値(右 左)
	上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 未施行
		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり () 検査日(年 月)
	CT検査	<input type="checkbox"/> 未施行
	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり () 検査日(年 月)	
	その他の特記すべき併発症 (-・+) ()	

現在の内服薬	抗血小板薬の有無 (-・+)	(薬剤名:)
	抗凝固薬の有無 (-・+)	(薬剤名:)

服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり ()
-----------	---

その他、全身状態や移植に関する問題点がございましたら記載ください。	
-----------------------------------	--