レシピエントサマリー

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　●年●月●日　現在

【氏名（ふりがな）】

【生年月日（現年齢）】

【性別】

【血液型】

【電話番号】　　　　　　　　　　　（携帯）

【緊急連絡先】

【緊急連絡先電話番号】

【勤務先名】

【勤務先電話番号】

【透析施設】

【主治医氏名】

【透析施設電話番号】

【透析施設FAX】

【透析施設住所】

【透析導入日】

【透析方法】

＜血液透析＞

【透析曜日】　月　火　水　木　金　土　午前　午後　夜間　家庭

【透析時に使用する抗凝固薬】

＜腹膜透析＞

【バッグ交換回数】

【方法】

【腹膜灌流カテーテル出口部の位置】

【腹膜炎等トラブルの既往】

【既往歴】（※癌の治療歴がある場合は，無再発期間も記載してください。）

【家族歴】

【嗜好歴】喫煙　　　飲酒

【アレルギー歴】

【海外渡航歴】

【感染症歴】

【ワクチン接種歴】

【輸血歴】　　　　（最終輸血日）　　　　　　　（輸血の種類，単位）

【移植歴】　　　　献腎移植・生体腎移植　　（移植年月日）

【妊娠歴】　　　妊娠　　回　　出産　　回　　（出産年月日）

 （妊娠中のトラブル）

【内服薬】

【注射薬】

【原疾患】

【腎生検年月日】

【腎生検所見】（※診断根拠となった所見を明確に記載してください。病理報告書あれば添付。）

【腎生検をしていない場合，その理由】

【紹介に至るまでの主な経過（現病歴）】

【原疾患の診断過程，治療内容】

【通院や服薬の遵守状況】

【自己管理の状況】

【身体所見】身長 ●cm，体重(DW) ●kg，BMI ●kg/m2，血圧 ●/●mmHg，脈拍 ●/min，特記すべき身体所見（　）

【検査所見】（※各種検査結果はコピー添付でも可）

＜血液生化学検査＞（　年　月　日［透析前］）WBC ●/μL，RBC ●/μL，Hb ●g/dL，Ht ●％，Plts ●/μL，TP ●g/dL，Alb ●g/dL，AST ●IU/L，ALT ●IU/L，LDH ●IU/L，ALP ●IU/L，CK ●IU/L，Amy ●IU/L，T-bil ●mg/dL，Glu ●mg/dL，HbA1c ●％，GA ●％，TG ●mg/dL，T-Chol ●mg/dL，HDL-C ●mg/dL，LDL-C ●mg/dL，BUN ●mg/dL，Cr ●mg/dL，UA ●mg/dL，Na ●mEq/L，K ●mEq/L，Cl ●mEq/L，Ca ●mg/dL，P ●mg/dL

＜内分泌学検査＞（　年　月　日［透析前］）PTH intact ●pg/mL，BNP ●pg/mL，TSH ●μU/mL，fT4 ●ng/dL

＜凝固系検査＞（　年　月　日［透析前］）PT ●％，APTT ●sec，Fibrinogen ●mg/dL，D-Dimer ●μg/mL

＜血清免疫学的検査＞（　年　月　日）CRP ●mg/dL，抗核抗体 ●倍，IgG ●mg/dL，IgA●mg/dL，IgM ●mg/dL，C3 ●mg/dL，C4 ●mg/dL，CH50 ●U/mL，RF ●U/mL，ASLO ●U/L，MPO-ANCA ●IU/mL

＜腫瘍マーカー＞（　年　月　日）AFP ●ng/mL，CEA ●ng/mL，CA19-9 ●U/mL，PSA(男性) ●ng/mL，sIL-2R ●U/mL

＜感染症検査＞（　年　月　日）HBs抗原(　)，HCV抗体(　)，（HBc抗体(　)，HBV-DNA(　)，HCV-RNA(　)），HTLV-1抗体(　)，STS(　)，T-SPOT(　)，その他(　　　　　　　)

＜尿検査（自尿があれば）＞（　年　月　日）

＜尿培養（自尿があれば）＞（　年　月　日）

＜尿細胞診（自尿があれば）＞（　年　月　日）

＜胸部X線＞（　年　月　日）CTR　●％，所見（　）

＜心電図＞（　年　月　日）所見（　）

＜心エコー＞（　年　月　日）AOD/LAD　●/●mm，IVS/PW　●/●mm，LVDd/Ds　●/●mm，EF　●％，IVC insp/exp　●/●mm，LV wall motion，asynergy(　)，LV hypertrophy(　)，Valves，pericardial effusion(　)

＜呼吸機能検査＞（　年　月　日）％VC ●％，FEV1.0％ ●％

＜ABI＞（　年　月　日）右 ●，左 ●

＜頭部CT＞（　年　月　日）所見（　）

＜頭部MRI/MRA＞（　年　月　日）所見（　）

＜腹部エコー＞（　年　月　日）所見（　）

＜腹部骨盤部CT＞（　年　月　日）所見（　）

＜便潜血検査＞（　年　月　日）

＜上部消化管内視鏡検査＞（　年　月　日）所見（　）

＜下部消化管内視鏡検査＞（　年　月　日）所見（　）

【Problem list】

#1

#2

#3

#4

【移植を受ける上での問題点，コメント】