

平成 年度献腎移植登録<<新規>>チェックリスト

移植施設(長崎大学病院、長崎医療センター)用

基本項目

腎疾患初発症状 1日尿量(ml)
 腎生検(有 無) 発症年齢 歳
 氏名() 生検施設、組織、時期など

【記入者名: 】

透析施設記入欄(合併症・データ)

診察年月日(平成 年 月 日)

<p>心疾患</p> <p>心不全 有 無 狭心症 有 無 術後 心筋梗塞 有 無 弁膜症 有 無 術後 不整脈 有 無 術後 その他のECG異常 有 無 (種類) 心エコー EF % 他所見</p> <p>脳血管障害の既往 有 無 (出血・梗塞) 後遺症 有 無 末梢動脈閉塞症 有 無 術後 抗凝固剤服用の有無 有 無 (薬剤名、投与量) 高血圧 有 無 (薬剤名、投与量) 低血圧(透析時も含む) 有 無 (薬剤名、投与量) 腎性上皮小体機能亢進症 有 無 PTX後 異所性石灰化 有 無 (部位) CAPD腹膜炎の既往 有 無 (最終 年 月) CAPD→HDへの変更 有 無 (時期)</p>	<p>透析アミロイドーシス</p> <p>手根幹症候群 有 無 術後 破壊性脊椎症 有 無 術後 大腿骨嚢胞 有 無 術後 その他の部位</p> <p>肝機能障害 有 無 眼科合併症 有 無 病名() 消化性潰瘍 有 無 既往(年頃) 糖尿病 有 無 (食事療法、経口剤、インスリン) 高脂血症 有 無</p> <p>感染症</p> <p>慢性扁桃炎 有 無 扁桃摘(有 無) 虫歯 有 無 治療中 結核 有 無 既往有り 尿路感染症 有 無 感染症告知 HB 有・無 HCV 有・無 ATLA 有・無</p> <p>悪性腫瘍</p> <p>腫瘍名 手術年月日 経過 (腫瘍なし、再発、転移) 告知 有 無 (内容)</p>
--	--

	透析前	透析後
血圧		
心胸比		
WBC		
RBC		
Hgb		
PLT		
K		
BUN		
Cr		

	透析前	透析後
Ca		
P		
TP		
ALB		
GOT		
GPT		
TC		
TG		
int-PTH		

【医療機関名: 】 【記入者名: 】

移植施設記入欄

診察年月日(平成 年 月 日)

身体所見

心雑音・不整脈
 手術痕(CAPDを含む)・腹部腫瘤(図示)
 その他(腹部単純、US、前立腺直腸診など)

移植に対する準備状況及び精神状態 **問題点**

仕事の処理 (OK たぶんOK 不明)
 家族との話 (済 未)
 精神状態

【医療機関名: 】 【記入者名: 】