

# 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

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

<b>心疾患</b> 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 <b>脳血管障害の既往</b> 有 無 (出血・梗塞) 後遺症 有 無 <b>末梢動脈閉塞症</b> 有 無 術後 <b>抗凝固剤服用の有無</b> 有 無 (薬剤名、投与量) <b>高血圧</b> 有 無 (薬剤名、投与量) <b>低血圧(透析時も含む)</b> 有 無 (薬剤名、投与量) <b>腎性上皮小体機能亢進症</b> 有 無 PTX後 <b>異所性石灰化</b> 有 無 (部位 ) <b>CAPD腹膜炎の既往</b> 有 無 (最終 年 月) <b>CAPD→HDへの変更</b> 有 無 (時期 )	<b>透析アミロイドーシス</b> 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 <b>肝機能障害</b> 有 無 <b>眼科合併症</b> 有 無 病名( ) <b>消化性潰瘍</b> 有 無 既往( 年頃) <b>糖尿病</b> 有 無 (食事療法、経口剤、インスリン) <b>高脂血症</b> 有 無 <b>感染症</b> 慢性扁桃炎 有 無 扁桃(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 <b>悪性腫瘍</b> 腫瘍名 手術年月日 経過 (腫瘍なし、再発、転移) 告知 有 無 (内容 )
---	--

  

	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)

<b>身体所見</b> 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)	<b>問題点</b>
<b>移植に対する準備状況及び精神状態</b> 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: 】