

## 生体腎移植の受診希望患者情報用紙

※紹介患者事前診察申込書と一緒に送り下さい

生体腎移植を希望されている患者さんのご予約は下記をご記入の上、当院地域連携室にFAXをお願い致します。

《受診希望の内容》

- 生体腎移植の話のみ聞きたい  
 生体腎移植の話を聞いて前向きに検討したい  
 生体腎移植の手術に向けて具体的なプランを立てていきたい

※ご記入と該当する箇所に○を付けて下さい

《移植を希望する》

フリガナ ( )

レシピエント 名前 ( ) ( ) 才 男・女

                  血型 ( ) 型：自己申告可

                  透析の有無 ( 有 ・ 無 ) 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

                  透析未導入の場合 直近のK<sub>ft</sub>値 ( ) mg/dl 月日 ( / )

                  透析導入の場合 血液透析 (月水金・火木土) ・ 腹膜透析

                  既往歴：心疾患・脳疾患・糖尿病・癌

《腎提供を考えている人》 ※複数候補者がいる場合、可能な限りご記入下さい

フリガナ ( )

ドナー候補：名前 ( ) ( ) 才 男・女

                  血型 ( ) 型：自己申告可 身長 ( ) cm、体重 ( ) kg

                  レシピエントとの関係 ( )

                  既往歴：心疾患・脳疾患・糖尿病・癌

フリガナ ( )

ドナー候補：名前 ( ) ( ) 才 男・女

                  血型 ( ) 型：自己申告可 身長 ( ) cm、体重 ( ) kg

                  レシピエントとの関係 ( )

                  既往歴：心疾患・脳疾患・糖尿病・癌

フリガナ ( )

ドナー候補：名前 ( ) ( ) 才 男・女

                  血型 ( ) 型：自己申告可 身長 ( ) cm、体重 ( ) kg

                  レシピエントとの関係 ( )

                  既往歴：心疾患・脳疾患・糖尿病・癌

名古屋第二赤十字病院 地域医療連携センター宛  
 TEL 052-832-5367 (直通) FAX 052-832-5389  
 受付時間帯：休診日を除く 8:30~20:00

**FAX 送信先 052-832-5389**