

レシピエント情報シート

ふりがな													
氏名													
電話						携帯							
勤務先名						緊急連絡先							
勤務先電話						緊急連絡先電話							
透析施設						移植希望施設							
主治医氏名						<input type="checkbox"/> 富山大学附属病院							
電話						930-0194 富山市杉谷2630番地							
FAX						<input type="checkbox"/> 富山県立中央病院							
住所						930-8550 富山市西長江2-2-78							
輸血歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	= 最終輸血日	年	月	日	←単位選択						
移植歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	= <input type="checkbox"/> 腎移植	<input type="checkbox"/> 生体腎移植	年	月	日						
妊娠歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	= 妊娠	回	出産	回	年	月	日				
							年	月	日				
							年	月	日				
原疾患													
腎生検	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	=	年	月	日	所見						
発症年月日	年	月	日										
透析導入日	年	月	日										
透析方法	<input type="checkbox"/> 血液透析	透析曜日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AM	PM	夜間	家庭	
				月	火	水	木	金	土				
				抗凝固剤									
	<input type="checkbox"/> CAPD	回 / 日											
	方法												
	チューブ位置												
	トラブル												

内服薬	注射	
	感染症	HBs抗原 HBe抗原 HCV抗体 HTLV-1抗体 STS(PHA法) その他

検査日	年	月	日	合併症	
項目	透析前成績			1 心血管系	↓有無
WBC			/ mm ³	虚血性心疾患	<input type="checkbox"/>
RBC			/ mm ³	その他心疾患	<input type="checkbox"/>
Hb			g / dl	心電図所見	<input type="checkbox"/>
Htc			%	心エコー所見	<input type="checkbox"/>
血小板			10 ⁴ / mm ³	脳血管障害	<input type="checkbox"/>
Na			mEq / L	閉塞性動脈硬化症	<input type="checkbox"/>
K			mEq / L	2 肝疾患	<input type="checkbox"/>
Cl			mEq / L	3 肺機能障害	<input type="checkbox"/> %VC
Ca			mEq / L	4 糖尿病	<input type="checkbox"/>
P			mg / dl	有の場合⇒ 内容:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BUN			mg / dl	運動	
Cr			mg / dl	食事	
TP			g / dl	内服	
Alb			g / dl	インスリン	
GOT			IU / L	5 胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>
GPT			IU / L	6 下部尿路障害	<input type="checkbox"/>
LDH			IU / L	7 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>
ALP			IU / L	8 自己管理	<input type="checkbox"/>
Amy			IU / L	9 その他問題点・コメント	
血糖			mg / dl		
CRP			mg / dl		
PTH			ng / ml		
ChestX-P	TCR		%		
所見	<input type="text"/>				
腹部エコー	年	月	日	<input type="text"/>	
腹部CT	年	月	日	記載日	年 月 日
	記載者サイン <input type="text"/>				