

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

主治医氏名

電話

FAX

住所

輸血歴 無 有 ⇒ 最終輸血日 年 月 日 ←単位選択

移植歴 無 有 ⇒ 献腎移植 生体腎移植 年 月 日

妊娠歴 無 有 ⇒ 妊娠 回 出産 回 年 月 日

年 月 日

年 月 日

原疾患

腎生検 無 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 血液透析 透析曜日 月 火 水 木 金 土 AM PM 夜間 家庭

抗凝固剤

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 HCV抗体 HTLV-1抗体 STS(PHA法) その他	血液型 身長 体重	

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"/>
Ca			mEq / L		%VC
P			mg / dl	4 糖尿病	<input type="checkbox"/>
BUN			mg / dl	有の場合⇒ 内容:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cr			mg / dl	運動	食事
TP			g / dl	内服	インスリン
Alb			g / dl	5 胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>
GOT			IU / L	6 下部尿路障害	<input type="checkbox"/>
GPT			IU / L	7 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>
LDH			IU / L	8 自己管理	<input type="checkbox"/>
ALP			IU / L	9 その他問題点・コメント	
Amy			IU / L		
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"/>				