**生体腎移植の受診希望患者情報用紙**

**※下記をご記入の上、情報提供書と一緒に当院地域連携室にFAXをお願いします。**

**《受診希望の内容》※希望する内容にレ点を付けて下さい**

**□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**

**《移植を希望する人》**

**ﾚｼﾋﾟｴﾝﾄ：名前（　　　　　　　　　　　）　年齢（　　　）才　　性別（　男・女　）**

**血液型（　　　）型**

**透析の有無（　有・　無　）**

**透析の種類（血液透析〔　月水金　・　火木土　〕・　腹膜透析）**

**透析未導入の場合　直近のｸﾚｱﾁﾆﾝ値（　　　　　）mg/dl検査日（　　／　　）**

**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は、可能な限りご記入下さい**

**ﾄﾞﾅｰ候補：名前（　　　　　　　　　　　）　年齢（　　　）才　　性別（　男・女　）**

**血液型（　　　）型**

**ﾚｼﾋﾟｴﾝﾄとの関係（　　　　　　　）**

**既往歴：心疾患・脳疾患・糖尿病・癌**

**ﾄﾞﾅｰ候補：名前（　　　　　　　　　　　）　年齢（　　　）才　　性別（　男・女　）**

**血液型（　　　）型**

**ﾚｼﾋﾟｴﾝﾄとの関係（　　　　　　　）**

**既往歴：心疾患・脳疾患・糖尿病・癌**

**ﾄﾞﾅｰ候補：名前（　　　　　　　　　　　）　年齢（　　　）才　　性別（　男・女　）**

**血液型（　　　）型**

**ﾚｼﾋﾟｴﾝﾄとの関係（　　　　　　　）**

**既往歴：心疾患・脳疾患・糖尿病・癌**

**電話（代表）０１９－６５３－１１５１**

**FAX（地域連携室）０１９－６５４－５０５２**

**岩手県立中央病院　腎臓リウマチ科外来**