

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな	とうきょう たろう	生	昭和45年6月1日
氏名	東京 太郎	年 月 日	
住所	(〒163-8001) 新宿区西新宿二丁目8番1号 電話 03(5321)1111 いずれかに○を付ける。		
検査施設名 (いずれかに○を付ける。)	1 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 2 東京医科大学八王子医療センター 3 東京女子医科大学病院 4 その他 ()		
腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受けるため、腎臓移植希望登録依頼書（別記第2号様式）と住民票を添えて申請します。			
令和6年4月10日			
申請者 東京 太郎			
東京都知事 殿			

腎臓移植希望登録依頼書

患者 記入 欄	ふりがな	とうきょう たろう		生 年 月 日	昭和45年6月1日	
	患者氏名	東京 太郎				
	ふりがな	しんじゅくく にししんじゅく				
	患者住所	〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号 電話 03(5321)1111				
	家族等	住所	ふりがな	みなとくあかさか		
緊急連絡先	氏名	とうきょう いちろう				
透析医 記入 欄	施設所在地	〒				
	透析施設名	ふりがな		主治医		
	原疾患	疾患名				
	血液型	ABO型 ()	Rh型 ()	※該当する場合は○ 先行的献腎移植		
	透析歴	開始年月日	年	月	日	週 回透析
	既往歴	1	2	3		
	合併症	1	2	3		
	<p>この欄は、医師の記入欄です。 透析医（先行的献腎移植希望の方は主治医）に記入してもらってください。</p>					