

腎臓移植希望登録依頼書							
患者記入欄	ふりがな			生 年 月 日			
	患者氏名				年	月	日
	ふりがな						
	患者住所	〒					
			電話 ( )				
	家族等	住所	ふりがな				
		〒					
		電話 ( )					
緊急連絡先	氏名	ふりがな					
透析医記入欄	ふりがな						
	施設所在地	〒					
			電話 ( )				
	ふりがな			ふりがな			
	透析施設名			主治医			
	原疾患	疾患名					
	血液型	A B O型 ( )	R h型 ( )	※該当する場合は○ 先行的献腎移植希望			
	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				