

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	
主治医記入欄	ふりがな			
	施設所在地	〒  電話 ( )		
	ふりがな	ふりがな		
	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 _____			