

# 市立札幌病院 移植腎生検 組織診依頼書

生検日 (YYYY/M/D) :		施設名 :	
ホルマリン固定開始時刻 :		診療科 :	
ID :		依頼医 :	
カナ氏名 :			
患者氏名 :			
生年月日 (YYYY/M/D) :		生検時年齢 : (関数 : 自動計算)	
性別 :			
原疾患 :			
透析導入日 (YYYY/M/D) :		透析内容 :	
移植日 (YYYY/M/D) :		移植施設 :	
腎移植の種類 :		関係 :	提供時年齢 :
ドナーの内科的既往 :			
血液型 ドナー :		レシピエント :	(関数 : 自動判定)
DSA (performed) :	※ DSA陽性の場合、以下入力欄に直近のDSA陽性日をご記載ください		
DSA (de novo) :			
拒絶治療の既往 :			

(市立札幌病院 使用欄)

維持免疫抑制 :	種別	薬剤	dose(mg/day)	種別	薬剤	dose(mg/day)
	CNI	TACER		ステロイド	MP	
		TAC		mTORI	EVR	
		CyA		他		
	代謝拮抗薬	MMF				
		AZ				
		MIZ				

移植後経過期間(自動計算) : **0年0ヶ月0日**

生検種類 :	
臨床経過、問題点 :	

検査データ	移植前	生検時	1回前	2回前		
検査日						
身長 cm						
体重 kg						
BP / mmHg						
BUN mg/dl						
Cr mg/dl						
K mEq/L						
u-RBC /HPF						
uTP/uCr g/gCr						
HbA1c %						

迅速診断希望の有無 : なし