

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書			
ふりがな		生	年 月 日
氏名		年 月 日	
住所	(〒)		
	電話 ()		
検査施設名	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 ()		
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>東京都知事 殿</p>			

腎臓移植希望登録依頼書

患者 記入 欄	ふりがな			生 年 月 日	年 月 日	
	患者氏名					
	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	ABO型 ()	Rh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 _____					