

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 ()		
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。			
年 月 日			
申請者			
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		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	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	