

髒島移植年次更新申請書－ 1

髒島移植班事務局御中

現在も髒島移植を希望していますので申請の年次更新をいたします。

更新申請日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名： \_\_\_\_\_ (自署)

記載者： 所属施設名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印

連 絡 先  
(住所) 〒 \_\_\_\_\_

(電話, 携帯電話番号) \_\_\_\_\_

(FAX 番号) \_\_\_\_\_

(e-mail アドレス) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### 1) 基本情報

1. 患者氏名： \_\_\_\_\_
2. 登録番号： \_\_\_\_\_ 番
3. 生年月日・年齢： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才
4. 移植希望施設： 第一希望 \_\_\_\_\_, 第二希望 \_\_\_\_\_
5. 身長・体重： \_\_\_\_\_ cm, \_\_\_\_\_ kg, BMI : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

### 2) 膵島移植の禁忌事項の確認 (どちらか○で囲む)

1. 重篤な活動性の感染症の有無 有り・無し
2. 悪性腫瘍の再発/新たな発症 有り・無し
3. 進行中の壊疽 有り・無し
4. 重度虚血性心疾患・心不全 有り・無し
5. 重度脳血管障害 有り・無し
6. 高度の神経障害 有り・無し
7. 活動性の前増殖糖尿病網膜症 有り・無し

以上の項目で「有り」の場合には5)あるいは別紙に症状・検査所見を追記してください。

### 3) 腎機能障害の程度

1. 血清クレアチニン： \_\_\_\_\_ mg/dl (測定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
2. eGFR： \_\_\_\_\_ ml/min/1.73m<sup>2</sup> (測定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
3. 微量アルブミン尿の有無 有り・無し
4. 持続性蛋白尿の有無 有り・無し
5. 透析療法の有無 有り・無し

### 4) 最近の血糖コントロール状況

1. 低血糖の頻度
  - ・ 軽症(低血糖の症状及び自己測定での確認) \_\_\_\_\_ 回/月
  - ・ 血糖値 < 54 mg/dl で低血糖症状の自覚 有り・無し \_\_\_\_\_ 回/最近1年
  - ・ 重症(第三者の介助を必要とした低血糖) \_\_\_\_\_ 回/最近1年
2. HbA1c : \_\_\_\_\_ % (測定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
3. Cペプチド (前回測定感度以上であった場合) : \_\_\_\_\_ ng/ml (測定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

### 5) その他特記すべき事項

---

---

---

---