



◆移植希望登録を継続される方

**1 腎臓移植希望登録更新用紙に記入してください。**

- ① 腎臓移植希望登録更新用紙、上部の「1. 継続する」に○をつけてください。
- ② 登録データをご確認ください。  
【登録データ】には、現在登録されているあなたの氏名、住所、緊急連絡先、移植施設、透析施設などが記入されています。
  - ・訂正や追加がある場合……**あり**に○をつけてください。  
データの訂正がある場合には、線で消して正しい内容を、  
また追加する場合は該当欄の空白にご記入ください。  
**※データの訂正・追加をする場合は、赤字でご記入ください。**
  - ・訂正や追加がない場合……**なし**に○をつけてください。  
データを記入する必要はありません。
- ③ 腎臓移植希望登録更新用紙を主治医に渡してください。  
医学的事項を主治医に**赤字**で記入してもらいます。特記事項がない場合は結構です。
- ④ **腎臓移植希望登録更新用紙を持って、移植施設の受診を行い、移植施設の移植担当医に更新の可否についての評価を確認してください。**  
※既に平成29年度の腎臓移植希望登録更新のための受診が完了している場合は、移植施設からJOTへ受診完了の報告がされると更新可能となりますので、再度、更新用紙を持って受診をする必要はありません。JOTに更新用紙を返送してください。その場合には更新用紙に担当医の署名がなくても受付されます。  
※更新期限【平成29年3月31日】までに移植施設を受診されない場合、平成29年4月1日から手続きが完了するまでは移植の候補の対象外となりますのでご注意ください。2年間更新手続きを行わなかった方は、登録取り下げとなります。

<注意>

**③腎臓移植希望登録更新用紙を主治医に渡してください。**

⇒ご自身が通院している透析施設の主治医に渡し、『コメント欄（特記事項があればご記入ください。）』及び『所属』には透析施設名、『医師署名欄』に主治医名を記入依頼してください。

**④腎臓移植希望登録更新用紙を持って、移植施設の受診を行い、移植施設の移植担当医に更新の可否についての評価を確認してください。**

⇒平成28年4月1日から平成29年1月31日現在までに岐阜大学医学部附属病院泌尿器科を登録更新の為に受診をされた方は、『移植担当医師署名欄』の署名は不要ですので、未記入のままでも結構です。透析施設主治医の署名のみになります。

更新料のお振込み、ネットワークへの更新用紙の返送を必ずお願いいたします。

⇒平成29年1月31日現在、岐阜大学医学部附属病院泌尿器科を登録更新の為に受診されていない方は、**至急3月31日までに腎臓移植希望登録更新用紙を持参して受診してください。（更新ができなくなります）**

透析施設主治医の署名、更新料のお振込み、ネットワークへの更新用紙の返送をお急ぎください。

登録データ  
訂正・追加がある場合は○をつけてください。  
ありの場合は、訂正・追加をお願いします。

〈記入例〉

(青紙版)

作成日：2017/1/1

**腎臓移植希望登録更新用紙**

更新について  
該当する番号に  
○をつけてください。

平成29年度の更新について (該当する番号に○をつけてください)

1. 継続する

2. 継続しない ※登録取消となります

継続しない場合は  
理由をご記入ください。

登録データをご確認ください。

訂正・追加 (該当に○)

初回

2. 理由(※)を詳しくご記入ください。必要事項もご記入ください

1. 移植済み (生体・海外(生体・死体) 移植日 年 月 日 )

2. 死亡 (死亡日 年 月 日 死因 )

3. その他の理由 ( )

私は、『腎臓の仕組みについて』の内容を理解し、同意の上、移植希望登録の更新を行います。

【登録データ-91】 ※変更・訂正箇所は線で示して正しい内容を赤字でご記入ください。追加箇所はそのままご記入ください。

フリガナ 氏名	イシノ ヨシ 移植 太郎	ID	0123456	性別	男	生年月日	1986/01/01	身長	170
住所	〒100-0022 東京都千代田区丸の内3-2-6-1 パークビル1階								
電話番号	03-0000-0000	03-5466-8807	電話2	090-0000-0000					
勤務先名称	株式会社○○○○○			勤務先 電話番号	03-9999-0000				
フリガナ 緊急連絡先	イシノ 花子 花子	緊急連絡先 電話番号	090-9999-9999						
職種	配管工								
移植希望施設	○○○○○○○病院								
血液型	O	Rh	+	年齢	17	身長	60.0kg		
HbA1c	-	HCV RNA	-	移植日	-	HIV Ab	-	HTLV-1/2	-
臨床系	慢性腎臓病								
透析施設名	中央透析施設			所在地	〒000-0000				
透析曜日	月	火	水	木	金	土	日	透析方法	血液透析
透析開始 日(年・月・日)	17	1	1					透析導入日	2016/01/01
輸血歴	無	輸血期間:	JCT:			施設名			
移植前 移植前 移植前	① 病名:	( 年 月 日 )			手術(無・有)	月 日			
	② 病名:	( 年 月 日 )			手術(無・有)	月 日			
	③ 病名:	( 年 月 日 )			手術(無・有)	月 日			
移植日	無	移植施設名:							
備考	緊急連絡先: 03-0000-0000-0000			転居	転居				
JCTコード (腎臓移植後のJCT記入ください)	<p>※移植担当医師の署名、もしくは移植施設からJOTへ受診完了の報告が必要となります。どちらに該当されるか不明の場合は、移植施設へお問い合わせください。</p>								
所属	○○○○○○○病院 腎臓科			医師署名欄					

申込有効期間 2017年01月31日

2017.1.30印刷

ネットワーク使用欄	入力	確認	確認
書類受付欄			