

# 胆道閉鎖症全国登録票：移植登録用 (含再移植)

施設名：	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
患者登録ID：	
生年月日：	年 月 日
(※必ずしも記載の必要はありません)	
初回登録年	年

## 1) 移植年月日

年月日

(こちらにご記入の場合は生年月日の記載も必要になります)

または日齢 日

(上記年月日への記載のない場合は必ずご記入下さい)

移植時体重：kg

移植時身長：cm

初回移植 再移植 ( ) 回目

移植施設名

## 2) 移植方法

(1) 全肝 部分肝 不明

(2) 同所性 異所性 不明

## 3) 臓器提供者

脳死体 生体

生体の時

父 母 血縁者 非血縁者

## 4) 肝移植前検査

血清総ビリルビン値

mg/dl

血清ALT (GPT) 値

IU/l

血清γGTP 値

IU/l

血清ChE 値

正常範囲以上 正常範囲未満

血清ALP 値

正常範囲以上 正常範囲未満

## 5) 食道静脈瘤の有無と治療

食道静脈瘤 あり なし 検査せず

静脈瘤ありの場合、治療 あり なし

治療ありのとき

内視鏡的治療 直達手術 シャント手術

その他静脈瘤治療を具体的に

{ }

## 6) 移植前脾機能亢進症の有無と治療

あり なし 検査せず

脾機能亢進症ありの場合、治療 あり なし

治療ありのとき

部分的脾動脈塞栓術 摘脾 その他

その他門亢症治療を具体的に

{ }

## 7) その他の続発症合併症の有無(移植施設転院時)

肝性昏睡

腹水

腸瘻が造設されている

呼吸障害

消化管出血

骨折

その他、具体的に

{ }

## 8) 転帰

生存 死亡 不明

移植後死亡の場合

死亡年月日 年月日

(こちらにご記入の場合は生年月日の記載も必要になります)

または日齢 日

(上記年月日への記載のない場合は必ずご記入下さい)

死亡原因を詳しく

{ }

## 9) 免疫抑制剤の種類

サイクロスポリン

タクロリムス

アザチオプリン

ステロイド

その他、具体的に

{ }

この移植登録は初回登録後、肝移植(含再移植)が施行された年のみ行ってください。

移植後症例の追跡登録は通常の用紙(桃)で行って下さい。

記載日 年月日