

付録 3、膵臓移植適応判定申請書

膵臓移植適応判定申請書

(2020 年 5 月改訂版)

(フリガナ)

患者名： _____

申請書類内容： 申-1～8、及び承 1 - (1)または(2)

臓器移植地域適応検討委員会

北海道
東北
関甲信
中部
近畿
中・四国
九州

ブロック 御中

※該当するブロックを囲んで下さい。

臓器移植に関する第1回目のインフォームド・コンセントが得られましたので、
承諾書を添えて適応判定を申請いたします。

申請日（記載年月日）： _____年____月____日

申請者（記載者）： 所属施設名 _____

医師氏名 _____ 印

連絡先（所在地） 〒 _____

（電話番号） _____ （FAX番号） _____

（メールアドレス） _____

主治医： 所属施設名 _____

医師氏名 _____ 印

連絡先（所在地） 〒 _____

（電話番号） _____ （FAX番号） _____

（メールアドレス） _____

移植実施施設： 所属施設名 _____
（予定）

医師氏名 _____ 印

連絡先（所在地） 〒 _____

（電話番号） _____ （FAX番号） _____

* 申請者と主治医が同じ場合は、どちらか一方をお書き下さい。

患者基本情報

・氏名： _____ ・性別： 男性 ・ 女性

・生年月日： _____年 _____月 _____日 (_____歳)

〒 _____ - _____

・住所： _____

・電話番号： _____ - _____

・現治療施設

糖尿病

施設名 _____ 主治医 _____

科 名 _____ (カルテ番号 _____)

透 析

施設名 _____ 主治医 _____

科 名 _____ (カルテ番号 _____)

眼 科

施設名 _____ 主治医 _____

科 名 _____ (カルテ番号 _____)

循環器科

施設名 _____ 主治医 _____

科 名 _____ (カルテ番号 _____)

・移植手術を希望する施設

施設名 _____ 主治医 _____

科 名 _____

・最適と思われる移植術式

(1) 脾腎同時移植

(2) 脾臓単独移植

(3) 腎移植後脾臓移植

身体的基本情報

・身長_____cm ・体重_____kg ・BMI_____ ・血圧_____/_____mmHg

・脈拍数_____/分 ・血液型：ABO _____ 型 R h (+ 、 -)

・HLA (既知の場合)：A(,), B(,), C(,), DR(,)

病状に関する情報

臨床診断

#1. _____ #2. _____

#3. _____ #4. _____

#5. _____ #6. _____

現病歴：

現在まで（特に最近 2 年間）の糖尿病の程度、及び現在の治療（現在使用中の薬剤）について、特に代謝調節を困難にしている事由については、出来るだけ詳細に記載してください。長期入院治療を続けている場合には、入院年月日及び現在までの入院期間と退院を妨げている事情等について記載してください。

既往歴

#1. _____ #2. _____

#3. _____ #4. _____

家族歴 _____

現処方

#1. _____ #2. _____

#3. _____ #4. _____

#5. _____ #6. _____

#7. _____ #8. _____

#9. _____ #10. _____

膵内分泌機能検索

(1) 内因性インスリン分泌能廃絶の証明*

尿中Cペプチド1日排泄量 (未測定・測定済み: 年 月 日実施)
 _____ $\mu\text{g}/\text{日}$

グルカゴン負荷試験 (未測定・測定済み: 年 月 日実施)

	血糖値 (mg/dl)	血清Cペプチド (ng/ml)
0分		
6分		

その他の所見 (例 膵全摘の既往、OGTT時のCペプチド低値など)

*尿中Cペプチドの測定は腎不全に陥る前に行われたもの。グルカゴン負荷試験を実施し、血清Cペプチドの測定には、高感度CPR測定系を用いること。グルカゴン負荷試験が実施できない場合は、食後2時間血清Cペプチドで代用できる。透析導入後、もしくは、腎不全患者 (eGFR<30ml/min/1.73m²) で、透析導入前のCペプチドデータがない場合もグルカゴン負荷試験 (あるいは食事負荷試験) を実施すること。

(2) 血糖管理の不安定性の評価* (膵臓単独移植を希望される場合のみ記載してください)

現状のCGMによる血糖変動 平均グルコース値±SD _____ mg/dl ± _____ mg/dl

(原則2週間以上のCGM検査結果を添付してください。)

重症低血糖 (第三者の介助が必要) の頻度: 年 _____ 回

無自覚性低血糖の有無: (+, -)、頻度: 月 _____ 回

重症低血糖についての詳細を以下に記入 (別紙可)

※: 膵臓単独移植の場合は血糖の不安定性が移植適応の判定基準に含まれます。従ってCGMデータの添付が必須になります。無自覚性低血糖とは、①交感神経症状が認められないまま中枢神経症状を示す場合、②症状が無いにも関わらずSMBGの血糖値が40mg/dl未満の場合、のいずれかに該当する場合です。

要CGMデータ添付

(3) 現在のインスリン療法 (別紙可)

インスリンの種類	投与方法	朝	昼	夕	眠前

(4) HbA1c 年 月 日 _____ %, 年 月 日 _____ %

腎機能の評価

現在の状況：腎移植後 血液透析中 CAPD中 非透析慢性腎不全 その他
<死体腎移植に関する日本臓器移植ネットワークへの登録：登録済み・未登録>
腎移植施行年月日 _____年____月____日

施設名 _____

主治医名 _____

腎移植に到った原因疾患（糖尿病性腎症・慢性腎炎等の一次性腎疾患）

移植腎の内容（生体腎： _____ から・死体腎）

腎移植後の経過・合併症（拒絶反応・感染症を含む）の有無

腎臓再移植の必要性： 有り・無し

現在使用中の免疫抑制剤と投与量

血液透析・CAPDへの導入時期 _____年____月____日

施設名 _____

主治医名 _____

現在、非透析慢性腎不全・その他の場合は、必ず以下の記入を行なってください。

腎移植の必要性： 有り・無し

現在の腎機能： 血中クレアチニン _____ mg/dl CCr _____ ml/min

腎不全に基づく症状 体液貯留（浮腫、胸水など） 有り・無し

体液異常（電解質、酸塩基平衡障害など） 有り・無し

消化器症状（悪心、嘔吐など） 有り・無し

神経症状（意識障害、麻痺など） 有り・無し

血液異常（高度貧血、出血傾向など） 有り・無し

日常生活障害の程度（ _____ ）

網膜症の評価

視力（裸眼：右 _____、左 _____）、（矯正：右 _____、左 _____）

網膜症評価年月日 _____年____月____日 評価眼科医名 _____

右眼 NDR・SDR・PrePDR・PDR・失明 左眼 NDR・SDR・PrePDR・PDR・失明

PrePDR 以上の場合、移植手術時・後の現状の網膜症の状態（安定しているか）について、必ず眼科医のコメントを記載すること。

神経障害の評価

末梢神経障害： 有り・無し

有りの場合（深部腱反射、末梢知覚検査、神経伝達速度など）

具体的に _____

自律神経障害： 有り・無し

有りの場合（CVRRの低値、起立性低血圧、膀胱機能障害、消化管運動障害など）

具体的に _____

動脈硬化性病変の評価

虚血性心疾患： 有り・無し

臨床症状（胸痛など） _____

心電図所見（心電図コピー要添付）：

安静時（必須） _____

負荷時 _____

（マスター、エルゴメーター、トレッドミル）

心エコー所見（虚血性心疾患有りあるいは疑われる場合） _____

冠動脈C T、冠動脈造影負荷あるいは心筋シンチの所見

（虚血性心疾患有りあるいは疑われる場合）

胸部X P 所見（所見コピー要添付）（必須） _____

腹部X P 所見 _____

その他 _____

脳血管障害： 有り・無し

臨床症状（脳血管障害に起因する症状） _____

頭部C T・MR I 所見（脳血管障害有りの場合） _____

その他 _____

末梢血管障害： 有り・無し

臨床症状（間歇性跛行など） _____

A P I 右 _____ 左 _____

その他 _____

以上の大血管障害が存在する場合は、必ず主治医または循環器専門医の全身麻酔下での手術が可能かどうかのコメントをつけて下さい。

悪性疾患 有無の評価

上部消化管内視鏡検査（所見コピー要添付）

腹部エコーまたは腹部C T（所見コピー要添付）

便潜血（ヒトH b 法）：陽性の場合は大腸内視鏡検査

乳がん検診、子宮がん検診（所見コピー要添付）

腫瘍マーカー：（所見コピー要添付）

AFP (), CEA (), CA19-9 (),

CA125 女性(), PSA 男性 ()

呼吸機能検査、経皮的動脈血酸素飽和度 (SpO2) の結果

一般検査項目

HBs-Ag (+, -) HBs-Ab (+, -) HCV-Ab (+, -)
 WaR (+, -) TPHA (+, -)
 HIV-Ab (+, -) HTLV-1-Ab (+, -)
 CMV-Ab (+, -)

以下の項目について、最近2年間のデータがあれば記載して下さい。
 (別に経過を示す表又は図を加えることも可)

検査施行日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	備考
WBC /mm ³				
RBC /mm ³				
Hb g/dl				
Plt /mm ³				
尿蛋白 g/日				
尿 ALB mg/gCr				
尿ケトン体定性				
AST IU/l				
ALT IU/l				
γ-GTP IU/l				
ALP IU/l				
Ch-E U/l				
TP g/dl				
Alb g/dl				
T-Bil g/dl				
T-CHO mg/dl				
TG mg/dl				
HDL-C mg/dl				
LDL-C mg/dl				
Na mEq/l				
K mEq/l				
Cl mEq/l				
Ca mg/dl				
P (無機リン) mg/dl				
PTH-インタクト pg/ml				
BUN g/dl				
Cr mg/dl				
CCr ml/min				
PT (INR)				
APTT 秒				

附則

1. 本申請書は、平成 11 年(1999) 6 月 7 日より使用開始し、平成 13 年(2001) 3 月、平成 21 年(2009) 12 月、平成 27 年(2015) 3 月、平成 28 年(2016) 11 月、平成 29 年(2017) 8 月、令和元年(2019) 6 月、令和 2 年(2020) 5 月に再度改訂しました。今後も、時機に応じて改訂することがあります。
2. 判定作業上必要な場合には、主治医に地域適応検討委員会への参加を求めることがあります。
3. 移植施行までの待機期間の取り扱い
臓器移植の適応と判断され、レシピエントとして登録された後は、レシピエント医療施設において、一般検査に加え糖尿病の進行度、腎症等の合併症の検査を定期的に行い、レシピエントの病態とその是正を行って下さい。
また、移植直前は、移植実施施設において、それまでの検査結果を参考に必要な検査を行い、移植に向けての準備を行うこととなります。
4. 移植ネットワーク登録後 2 年を経過した時点で再調査させていただきます。 移植施設の担当医から主治医及びまたは患者さん本人に連絡をさせていただきますのでよろしくご協力をお願いします。