KIDNEY TRANSPLANTATION APPLICATION FORM

NAME： _____ SEX： _____

ADDRESS： _____ TEL： _____

DOB： _____

HEIGHT： _____ cm WEIGHT： _____ Kg

BLOOD TYPE： _____ RH： ( ) POS ( ) NEG

TYPE OF DIALYSIS： ( ) HEMODIALYSIS ( ) CAPD _____ TIMES A WEEK, EVERY _____

( ) DIABETES ( ) GASTRIC ULCER ( ) HYPERTENSIVE _____ mmHg in systolic

( ) PRESCRIPTION _____

( ) HEPATITIS B ( ) URINARY _____ ml/day

( ) SURGERY BEFORE _____

HLA Typing		**SEROLOGIC TEST**	
HLA-A:		HbsAg:	
HLA-B:		Anti-HBs:	
HLA-C:		Anti-HBc:	
HLA-DR:		Anti-HCV:	
HLA-DQ:		Anti-HIV:	
PRA:		VDRL:	
CMV-lgG:		CMV-lgM:	
PP65:		HSV Ⅰ、Ⅱ:	
		Anti-HBe:	

Complete Blood Count (CBP)

White Blood Cell Count： _____

Red Blood Cell Count： _____ Hemoglobin： _____

Platelet Count： _____

URINE ROUTINE

SG： _____ PH： _____ LEU： _____

NIT： _____ PRO： _____ GLU： _____

KET： _____ UBG： _____ BIL： _____

ERY： _____ VitC： _____

Reason of uremia： ( ) ChrGN ( ) GN ( ) SLE ( ) Nephrotic syndrome

( ) IgA Nephropathy

Others： _____

When begin of dialysis： _____

Other Precaution： _____