

TRANSIENT HEMODIALYSIS INFORMATION FORM

英語でご記入いただきますよう、お願いいたします。

1. IDENTIFICATION DATA (一般項目)

Hospital No.: _____

 Name: _____ Date of birth: _____ Sex: _____ Blood Group: _____
 (透析者お名前) (生年月日) 日 月 年 (性別) (血液型)

2. MEDICAL HISTORY (病歴について)

 Primary Renal Disease: _____
 (原疾患)
 Other Medical Condition: _____
 (その他合併症など)

3. MEDICATIONS (投与薬物)

 Medications: _____
 (通常投与薬物)

 Medications by injection during Hemodialysis: _____
 (透析中の注射)

 Dose: _____ Frequency: _____ time/
 (投与量) (投与頻度)

 Necessity of injection during the patient's trip to Thailand: _____ Yes / No
 (タイ旅行中の投与必要)

 EPO: _____ Dose: _____ unit
 (エポジン) (投与量)

 Allergies: _____
 (アレルギー)

4. DIALYSIS PRESCRIPTION (透析治療について) 常用しているお薬がある場合はご持参下さい。

 Ideal Dry Weight: _____ kg Usual Weight Gains: _____ kg
 (基本体重) (体重増加)

 Hours on Dialysis: _____ hour Blood Flow: _____ ml/min
 (1回の透析時間) (血液流量)

 BP Pre-Dialysis: _____ mmHg Post-Dialysis: _____ mmHg
 (血圧) (透析前血圧) (透析後血圧)

 Dialyzer Brand: _____ Model: _____
 (ダイアライザーのブランド名) (ダイアライザーモデル名)

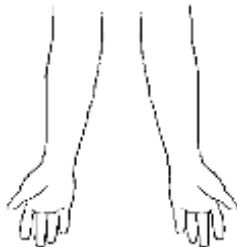
 Dialysate Bicarbonate: _____ mmol/L Potassium: _____ mmol/L Sodium: _____ mmol/L
 (透析液) (透析液) (透析液)

Calcium: _____ mmol/L Dextrose: _____ mmol/L

 Heparin Initial Dose: _____ unit Hourly Dose: _____ unit Stop time: _____ min before stop dialysis
 (ヘパリン投与) (開始投与量) (毎時投与量) (カット) (分前)

 LMWH Dose: _____ unit
 (低分子量ヘパリン) (投与量)

 Vascular Access Type: _____ Needle Size: _____ Local Anesthetic: _____
 (血管とのアクセスタイプ) (穿刺針サイズ) (局所麻酔法)

 Vascular Access: _____ Dialysis Problems: _____
 (穿刺部位) (透析中における特記事項)


5. LABORATORY DATA (血液データ結果提出のお願い)

大変お手数をおかけ致しますが、5-1.および5-2のデータをご予約確定後にメールもしくはファックスでご送付ください。

5-1.The following blood tests result must be done and submitted before the patient's visit to Thailand.

タイでの透析希望日の6ヶ月以内の下記検査項目結果を送付下さい。

-Hepatitis B -Hepatitis C -HIV

5-2. Infectious Diseases data other than above mentioned must be attached and sent, if any.

上記以外の感染症がある方はそのデータも添付してご提出下さい。

} ご予約確定後

6. REFERRING PHYSICIAN (照会担当医)

Referring Unit:

(紹介医療機関名)

Phone Number:

(電話)

Email:

Address:

(住所)

Attending Physician:

(担当医)

Date:

(日付)

日

月

年