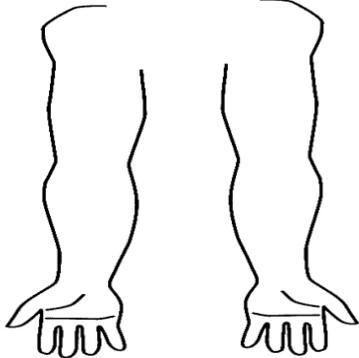


透析添書

記載日	年 月 日			紹介元 透析施設名	紹介元透析施設 電話番号		
ふりがな					生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
氏名					住所	電話番号	
原疾患					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 血液型 型 RH	
透析導入日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	最終透析	平成 年 月 日	
感染症	HCV抗体:() HBs抗原:() MRSA: その他:()						
アレルギー・禁忌薬	薬: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食物 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()				穿刺部位	※A、Vが分かるように記入下さい 	
バスキュラーアクセス	上肢: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		下肢: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				種類
	穿刺針	動脈側	静脈側				
ダイアライザー	膜の種類: 膜面積: 製品名:		血流量: ml/min		透析液: <input type="checkbox"/> キンダリー2号 <input type="checkbox"/> キンダリー3号 <input type="checkbox"/> カーボスター <input type="checkbox"/> その他(リンパックTA1)		
透析時間	時間	週	回	<input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土	<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> HDF (置換量 L) <input type="checkbox"/> ECUM		
抗凝固剤	<input type="checkbox"/> ヘパフィルト <input type="checkbox"/> 低分子ヘパリン <input type="checkbox"/> フサン等()				単位 維持: /時間		
ドライウエイト	Kg	最終体重	CTR: %		最大除水可能量		
	<input type="checkbox"/> 固定値 <input type="checkbox"/> 暫定値 <input type="checkbox"/> 着衣・靴込み	Kg	月	日 測定	ml		
注射薬	ESA <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ネスプ <input type="checkbox"/> エスポー <input type="checkbox"/> エポジン (曜日) × 回/週						
	鉄剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 投与開始日 月 日 回/月						
	VD ₃ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ロカルトロール注 <input type="checkbox"/> オキサロール注 () × 回/週						
	強ミノ <input type="checkbox"/> なし (コメント) × A 回/週						
	その他注射薬 ()						
透析中の内服	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ドプス <input type="checkbox"/> リズミック <input type="checkbox"/> アメジニウム <input type="checkbox"/> その他透析中の内服薬 ()						
透析依頼日	年	月	日() ~ 日()	来院予定時間	午前 午後 時 分	お食事希望 有・無	
患者様以外の緊急連絡先	氏名		電話番号		間柄		
備考							
紹介元担当Dr			紹介元担当Ns	/			