

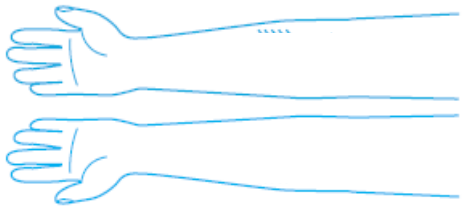
透析患者情報カード (病院、クリニック) 情報更新日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
住所			
電話	自宅:	携帯:	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
血液型	A, B, O, AB型	RH (+ -)	
緊急連絡先	電話:	氏名:	

アレルギー			
インスリン	有 ・ 無	()	単位
禁忌薬剤			
合併症			
感染症	HBV抗原 (+・-)	HCV抗体 (+・-)	
	HBV抗体 (+・-)	W氏 (+・-)	
定期処方	※お薬手帳を参照		

透 析 条 件

<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 併用療法	
通院施設名	電話:
治療サイクル	1回 時間、 回 / 日・週
ドライウエイト	kg
治療方法	血液透析 (HD・HDF) CAPD () メーカー名:
ダイアライザー	PS, CTA, ATA, PMMA, PES, AN69, PEPA () ml ²
抗凝固薬 初回・持続	ヘパリン・低分子ヘパリン・ナファモスタット 初回 (単位・mg) ・ 持続 (単位・mg) /時間

血流量/透析液	/	mL / min
		
<p>私は人工透析を行っている患者で、前腕内シャント造設 の手術をしています。万が一の場合は、表面の連絡病院までご連絡をいただきますようお願いいたします。</p>		
右腕・左腕 (シャント ・ 表在化 ・ グラフト)		