

透析情報用紙

紹介院

様

ふりがな 患者氏名	性別 女性	生年月日 年 月 日 歳	連絡先
原疾患:			
シフト: ()回/週 ()時間	透析導入日 令和 年 月 日 透析歴 年		
基礎体重 kg (裸体設定)	パスキュラーアクセス シヤント: 穿刺針: A側 G V側 G 穿刺図		
測定時の条件 ()			
血液浄化法:			
血流量: ml/分 透析液流量: ml/分			
ダイアライザー:			
抗凝固剤:			
投与量: 初回 単位・持続 単位			
透析液の種類: 液処方			
透析時の注射薬			
曜日			
ESA製剤			
その他			
透析時の内服薬: () () ()	カフ型カテーテルの場合: ヘパリンロックの量 A側: ml・V側: ml 次回プラグ交換予定日: /		
特記事項:	アレルギー: 禁忌薬: 感染症: HBs-Ag HBs-Ab HCV ATLA 梅毒 その他 消毒でのアレルギー: (使用中) 絆創膏でのアレルギー: (使用中)		
家族構成: キーパーソン:			
転院までの経過:			
透析中の状況:			
生活目標:	いつもお世話になっております。貴院で、月 日から透析をよろしくお願いいたします。 最新の検査データ、過去3回分の透析記録用紙を送付いたします。何か不明な点がありましたらご連絡ください。		
施設名: 熊本赤十字病院	看護師:	臨床工学技士:	腎センター 第一臨床 師長 ⑧ 工学課長 ⑧

その他