

# 臨時透析依頼書

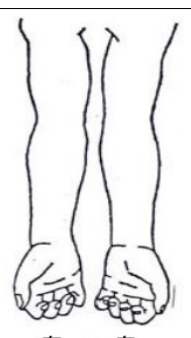
依頼用紙への記入は、ご担当の医師もしくは医療スタッフにてお願いします。

医療法人社団 中空医院 TEL:087-881-1230  
FAX:087-881-6171

施設名	TEL _____
住所	FAX _____
担当医師名	⑩ 透析依頼に関する連絡担当者名( _____ )

フリガナ	生年月日(大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名	性別 男・女 _____ 年齢 _____ 歳
住所	
電話番号	自宅( _____ - _____ ) 本人携帯( _____ - _____ )
緊急連絡先	( _____ - _____ ) 本人との関係( _____ )

\* 臨時透析中の体調不良など、緊急で連絡がとれる番号を記入して下さい

透析依頼日		感染症	HB s( ) HCV( ) ワ氏( ) HIV( )
ダイアライザー		血 型	型 Rh( )
血液流量	ml/分	透析時間	時間
ドライウエイト		心胸比	% _____ 月 _____ 日
ブラッド-アクセス	 <p>右・左 (内シャント・人工血管)</p>	抗凝固剤	_____ 単位 初回 _____ 単位 持続 _____ 単位

禁忌薬 アレルギー
注射薬
内服薬
透析中の注意事項 ADL その他