PATIENT INFORMATION SHEET

●Please fill in all English （すべて英語で記入してください）

Iseikai Medical Treatment Corporation
Osaka Umeda Iseikai Dialysis Clinic

IDENTIFICATION DATA （一般事項）			
Patient's Name（氏名）		Date of Birth（生年月日）	D D / M M / Y Y / /
Dialysis Dates Requested （透析日）		Sex （性別）	M ・ F
Visiting Phone Number （緊急連絡先）		Departure Date（出発日）	
Hotel or Local Address （宿泊先の住所）			

HEMODIALYSIS DATA （透析治療について）					
Dry Weight （基本体重）	kg	Dialyzer（ダイアライザー）			
Height （身長）	cm	Blood Flow Rate（血液流量）		mL/min	
Usual UFR/TMP（限外濾過率 / 除水速度）		Blood Access（ブラッドアクセス）			
Type of Needle（針のタイプ）		Hours per Treatment（透析時間）	hour	Size of Needle（サイズ）	
Heparinization: Initial Dose(Dalteparin)（ヘパリン開始投与量）	iu	Hourly Dose（毎時間投与量）	iu/h	Heparin Stop Time（ヘパリン事前終了時間）	Before /min

GENERAL TREATMENT INFORMATION （病歴について）	
ESRD Diagnosis （病名、原疾患）	
Pertinent Secondary Diagnosis （合併症）	
Contagious Diseases （感染症）	
History of Clinical Hepatitis （肝炎の病歴）	
History of Diabetes （糖尿病の病歴）	
Allergies （アレルギー）	
Medications received during dialysis (Dose,Frequency,Route) （透析中の投与薬剤）	

LABORATORY DATA （血液検査について）

※ Please submit copy of recent monthly lab results including HbsAg,HbsAb result.

※ Unusual events/problems during dialysis and comments. （透析中における特記事項）

MEDICAL INFORMATION （患者さんについてのその他の医療的情報）

※ Physician's summary of past and current problems or complications,pertient psychosocial issues and level of activity,wheelchair,ambulatory（心電図及び胸部Ｘ線写真（過去6ヶ月以内）の問題および合併症の問題についての医師による要約）

Any wheelchair （車イスの有無） ☐ YES ☐ NO