

Please fill in English (英語でご記入ください)

**PATIENT INFORMATION**

Patient name (患者名): (Last name 姓) \_\_\_\_\_ (First name 名) \_\_\_\_\_

Age (年齢): \_\_\_\_\_ Sex (性別):  Male(男)  Female(女) Blood type (血液型): \_\_\_\_\_

Date of birth(生年月日): \_\_\_\_\_ (day/日) \_\_\_\_\_ (month/月), \_\_\_\_\_ (year/年)

Address(住所): \_\_\_\_\_

Country(国): *Japan* Postal code(〒) \_\_\_\_\_ Phone No.(電話): \_\_\_\_\_

Holiday period (日程): from(自) \_\_\_\_\_ through(至) \_\_\_\_\_

Requested date & place (透析希望日時および都市): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hotel name and phone number(宿泊先及び電話番号): \_\_\_\_\_  
 Phone No.: \_\_\_\_\_

Allergies(アレルギーの有無):  YES  NO  
 If yes, list(あれば、内容): \_\_\_\_\_

History of clinical hepatitis(肝炎の経験):  
 Hep B  YES  NO If yes, when(いつ頃): \_\_\_\_\_  
 Hep C  YES  NO If yes, when(いつ頃): \_\_\_\_\_  
 Other(Type \_\_\_\_\_)  YES  NO If yes, when(いつ頃): \_\_\_\_\_

**LABORATORY DATA**

Required recent laboratory data (下記の最新検査結果のご記入をお願いします)

Lab Test (検査項目)	Date Done (実施日)	Result (結果)	
Hematocrit (ヘマトクリット)			%
Hemoglobin (ヘモグロビン)			g/dl
BUN			mg/dl
Creatinine (クレアチニン)			mg/dl
Potassium (カリウム)			mEq/L
Alkaline Phosphatase			IU/L
GOT			IU/L
GPT			IU/L
URR(urea reduction rate)尿素除去率			

検査結果がでている範囲で、ご記入ください。(仮予約のお手配後、再度検査結果のご提出のご案内をいたします)

1. HBsAG
2. HBcAB
3. HCV
4. HIV
5. MRSA