

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

SPECIFIC HEMODIALYSIS DATA No.1

Date of first dialysis treatment(透析導入日): _____ (day/日) _____ (month/月), _____ (year/年)

Dialysis time (1回の透析時間): _____ Hours(時間)

Number of sessions per week (週あたりの透析回数): _____ /week(週)

Date of last scheduled dialysis session before the requested date (希望透析日の直前の透析予定日):

_____ (day/日) _____ (month/月), _____ (year/年) [Place (場所) : _____]

Type of dialysis : HD(血液透析)

(透析の種類) HDF(血液透析濾過)

Type of replacement fluid (置換液の種類):

Other (その他):

Type of dialyser (ダイアライザーの種類): _____ Surface area(膜面積): _____ m²

Fistula site(シャントの位置):

Type of vascular access(血管へのアクセス方法):

Type of needle(針のタイプ): _____

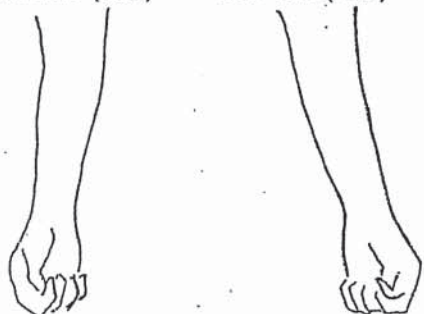
Location of access on diagram: Indicate needles position for optimal flows

(穿刺位置、方向を下図に示して下さい)

Right arm (右手)

Left arm (左手)

Comments(特に注意する点):



Venous outlet pressure range (静脈側圧): _____ mmHg

Usual water removal rate (除水量/時): _____ ml/hour

Blood flow (血液流量): _____ ml/min

Dialysate(透析液の成分): Na+: _____ K+: _____ Ca++: _____ Mg++: _____ (mEq/L)

Bicarbonate(重炭酸): _____ (mEq/L) Acetate(アセテート): _____ (mEq/L)

Glucose (グルコース): ___ YES ___ NO

Dialysate flow (透析液流量): _____ ml/min Dialysate temperature(液温): _____ °C

EPO (エリスロポエチン): _____ Date started(投与開始日): _____

Dose/treatment(IU/治療): _____ 投与方法: subcutaneous(皮下注)

intravenous(静注)

SPECIFIC HEMODIALYSIS DATA No.2

Heparinization(ヘパリン投与):

Initial dose(初期使用量): _____ u

Hourly dose (持続ヘパリン量/時): _____ u/hour(u/時)

Heparin intermittent(ヘパリン間欠投与): _____ u Schedule: _____

Time off(ヘパリン終了時間): _____

Systolic/diastolic blood pressure(血圧):

Pre-dialysis (透析前): _____ / _____ mmHg

Post-dialysis(透析後): _____ / _____ mmHg

Dry weight (ドライウエイト): _____ Kg Average weight gain(平均増加体重): _____ Kg

Etiology of chronic renal failure (慢性腎不全の起因となった疾患):

Complications(合併症):

EKG: _____

Chest X-ray: _____

CTR(心胸比): _____ %

Medications list(定時処方薬):

注意: 日本の飲み薬を忘れずにお持ち下さい。 Note: Please bring your own supply of oral medication(s)

SPECIAL INSTRUCTIONS

Possible problems during session(透析中に起こりそうな問題):

Medications and treatments during or at the end of session(透析中又は透析後の投薬・処置):

REFERRING DIALYSIS UNIT INFORMATION

Referring M.D. (主治医名): _____ Phone No.: _____

Referring hospital(病院名): _____ Fax No.: _____

Address(住所): _____

Date(日付): _____

As physician in charge, I authorize the above patient to receive dialysis treatment abroad.

(主治医として、上記患者が海外において透析治療を受けることを許可します。)

Physician's Signature(担当医署名): _____