

透析依頼書

FAX 送付先 0265-26-8850

施設名： _____ 記入者： _____

TEL： _____ FAX： _____

透析希望日： _____ 月 日 () ~ _____ 月 日 ()

患者氏名： _____ 年齢 () 性別 (男 ・ 女)

透析導入年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

血液型： _____ 型 () 感染症： HBs () HCV ()

●透析条件

透析方法： _____ 透析液： _____

ダイアライザー： _____

抗凝固法： _____ 初回 _____ 単位 ・ 持続 _____ 単位/時間

血流量： _____ ml/分

ブラッドアクセス部位： _____

穿刺針： 動脈 _____ 静脈 _____

ドライウエイト： _____ kg

定期薬： _____

禁忌薬： _____

●個人情報保護の為、ご記入いただいた個人情報は、目的以外には利用しません。適正かつ安全に管理します。

医療法人 輝山会記念病院 長野県飯田市毛賀1707番地 TEL 0265-26-8111(代)