

病院名：_____

透析条件					
フリガナ		性別	生年月日		年齢
患者氏名					歳
血液型	型 RH	感染症	HBs抗原		HIV抗原抗体
			HCV抗体		
			TPHA/RPR		
原疾患		合併症			
透析導入日		透析回数			
最終透析日		透析液 (流量)	(ml/min)		
治療方法	HD	透析時間	時間		
DW	kg (風袋なし)	透析膜			
血流量	ml/min				
抗凝固薬	初回： IU 持続： IU/h	禁忌薬剤 アレルギー等			
	カット時間： 分前				
透析時 使用薬剤		穿刺針	A側		
			V側		
特記事項		バスキュラー・アクセス			
		VA作製日			
		VA部位			

記載者：_____

医療法人社団三慈会 釧路三慈会病院
透析室宛
TEL 0154-41-2299
FAX 0154-41-9833