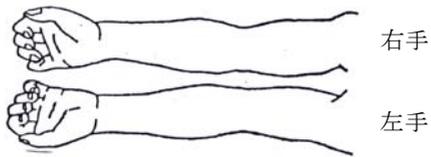


# 臨時透析依頼書

災害時のぞき、依頼書の記入は医師または医療従事者にてお願い致します。

医療法人社団 健愛会 あきやまクリニック  
 TEL : 087-815-8588  
 FAX : 087-815-8688

施設名			TEL		
			FAX		
ふりがな			生年月日	年齢	男・女
患者様氏名					
透析依頼日			感染症	HBs ( ) HCV ( ) ワ氏 ( ) HIV ( ) その他	
原疾患			血液型	型 RH ( )	
合併症			透析時間		
透析回数	回/週		抗凝固剤	抗凝固剤名	
血流量	ml/分			初回	U/h
				持続	U/h
穿刺部位	ブラッドアクセス(内シャント・人工血管)		ドライウエイト	kg	
			ダイアライザー		
			心胸比	% ( 月 日)	
薬剤禁忌					
定期注射					
定期薬					
透析中の注意点					

記入担当者 \_\_\_\_\_