

旅游透析申请表

申请日 _____

患者基本信息 ※必须项目

名 _____ 姓 _____ 出生年月日 _____
国籍 _____ 当地地址 _____
电子邮箱 _____ 传真 _____
在日联系电话与地址 _____
透析治疗日期 _____
母语 _____ 第2语言 _____

透析治疗信息

最初透析开始日 _____ 血液通路 右臂 左臂
透析器名 _____ 透析器的膜面积 _____ m² 穿刺针的尺寸 _____
透析次数 _____ 次/周 每次透析时间 _____ 小时
血液流量 _____ ml/min 静脉压 _____ mmHg
干体重 _____ kg
抗凝固剂（肝素）投入量: 开始时 _____ units, 每小时 _____ units
透析治疗时投入的药剂 _____
主治医生的名字 _____
在本国内接受透析治疗的医院地址 _____
透析治疗中有无医学上的问题 _____

有关透析治疗的要求 _____

其他医疗信息

原发病 _____ 是否糖尿病 是 否
并发症 _____
包括肝炎病毒等感染症 _____
过敏史 _____
常用药 _____
有无社会心里等其他问题 _____

吉祥寺站前医院

邮编:180-0003 东京都武藏野市吉祥寺南町2-2-5 Ascona Mie大厦7楼

电子邮箱: kichijoji_ekimaec1@inagaki-group.jp

电话: +81-422-72-3088

传真: +81-422-72-3108

网址: www.kichijoji-st-c.or.jp