

여행투석신청서

신청일 _____

환자기본정보 ※필사항목

명 _____ 성 _____ 생년월일 _____
국적 _____ 본국주소 _____
이메일 _____ 팩스 _____
일본체류중전화번호와주소 _____
투석치료기간 _____
모국어 _____ 제 2 언어 _____

투석치료정보

최초혈액투석을실시한해 _____ 동정맥루 오른팔 왼팔
투석막 _____ 막면적 _____ m² 주삿바늘사이즈 _____
투석회수 _____ 회/ 주 투석시간 _____ 시간
혈류 _____ ml/min 정맥압 _____ mmHg
건체중 _____ kg 헤파린양:시작할때 _____ units, 매시간 _____ units
투석중투입약 _____
주치의사명함 _____
본국의인공신장실주소 _____
투석치료시의학적문제점 _____
투석에관한요망 _____

기타의료정보

원질환 _____ 당뇨병이세요 ? 네 아니요
합병증 _____
간염바이러스를포함한감염증 _____
알레르기 _____
일상내복약 _____
사회심리적문제등,기타분제점 _____

키치쥬오지역앞클리닉

우편번호: 180-0003 동경도무사시노시키치쥬오지미나미마치 2-2-5
아스코오나미에빌딩7층

이메일: kichijoji_ekimaec1@inagaki-group.jp

전화: +81-422-72-3088 팩스: +81-422-72-3108

유알엘: www.kichijoji-st-c.or.jp