

## 여행투석신청서

신청일 \_\_\_\_\_

### 환자기본정보 ※필사항목

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

### 투석치료정보

최초혈액투석을실시한해 \_\_\_\_\_ 동정맥루    오른팔    왼팔  
투석막 \_\_\_\_\_ 막면적 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>    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](mailto:kichijoji_ekimaec1@inagaki-group.jp)

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

유알엘: [www.kichijoji-st-c.or.jp](http://www.kichijoji-st-c.or.jp)