

(受信者)

アイ・タワークリニック透析センター

〒174-0041 東京都板橋区舟渡1-13-10 3階

FAX番号 03-5970-2714

電話番号(代表) 03-5970-2716



臨時透析依頼書 (F A X)

年 月 日

施設名

住所

電話番号

FAX番号

担当医師名

印

透析依頼に関する連絡担当者名

氏名	(FAX送信の場合はイニシャルで可)
生年月日	歳 (FAX送信の場合は年齢で可) 性別 男・女
透析依頼日	(透析を実施する全ての日時を記載してください)
原疾患 および 問題点	
透析導入日	西暦 年 月 日
透析回数	透析回数(月・火・水・木・金・土) 一回 時間 分
ダイアライザー	
透析液	
流量	血液流量 ml/分 透析液流量 ml/分
抗凝固剤	
パスキューアクセス	右・左 内シャント・人工血管・動脈表在化・カテーテル
穿刺針	動脈側 ・ 静脈側
ドライウェイト	kg 心胸比(CTR) % (撮影日 体重 kg)
透析中注射薬	
透析中内服薬	
定期処方	
禁忌薬・アレルギー	
感染	HB抗原() HB抗体() HCV() HIV() TPHA()
備考	