

患者基本情報

患者氏名

フリガナ

生年月日 年 月 日

年齢 歳

住所 都・道・府・県 番地
 区・市・郡 号
 町・村
 丁目

連絡先(TEL)

透析条件指示書

透析依頼日	年 月 日 (午前・午後)	抗凝固法	ヘパリンNa・低分子ヘパリン	
	年 月 日 (午前・午後)	持続/カット時間	単位	分前
	年 月 日 (午前・午後)	ダイアライザー		
原疾患		穿刺針	A	G V G
血液浄化法	HD・ONLINEHDF (Pre・Post L)	消毒		
透析時間	時間	バスキュラーアクセス	右・左	
DW	kg	時間除水量上限	ml/h	
風袋	DWに(含む・含まない)	透析液温度	℃	
血流量	ml/min	アレルギー	有()・無	
処置薬剤 (透析前・ 中・後に投与 する薬剤)				

保険情報

◆健康保険被保険者証 保険者番号:
記号:
番号:

◆後期高齢者医療被保険者証 保険者番号:
番号:

◆特定疾病療養受給者証 () なし () あり

◆自立支援(厚生)医療受給者証 () なし () あり

◆重度心身障害者受給者証 () 老初 () 老課 ()

保険書等のコピーを合わせて添付をお願いいたします。