

血液透析転入依頼申し込み書

医師サイン()

患者氏名 ID 生年月日	診療科:透・腎・内・整・外・()		主治医
	入院()病棟		
	原疾患() 病名・診断名()		
	転入の目的()		
	転入後透析開始日(年 月 日 曜日)		
	検査及び手術予定(年 月 日 曜日)		
	注意事項		
導入年月日(年 月 日) 導入施設名()			
転入前施設名() 透析スケジュール() 最終透析日()			
透析条件	ダイアライザ: NF FB PES KF APS 面積()		
	透析時間 : 3時間 3.5時間 4時間 4.5時間 5時間 ECUM()		
	血流量 : () ml/min		
	DW : () kg		
	透析液 : () K濃度: 2.5 3.0 3.5 mEq/L		
	抗凝固剤 : ヘパリン ダルテパリン(低分子ヘパリン) フサン		
	総使用量 (単位・mg)		
	ワンショット(単位・mg) 持続注入量(単位・mg)		
	バスキュラーアクセス: シヤント グラフト 表在化 動脈直接 カテーテル		
	部 位: (右・左) (前腕・上腕) (頸部・鼠径部)		
血液型: ABO () Rh() 感染症: W氏() HBsAg() HCV() HIV()			
注射指示	エポジン 1500 3000 () 回/W(月 火 水 木 金 土)		
	エポエチンα BS 750 回/W(月 火 水 木 金 土)		
	ネスプ (5・10・15・20・30・40・50・60・100・120)μg ()曜日		
	ミルセラ 25μg 50μg 100μg (μg) 回/4W ()曜日		
	フェジン(40mg) A 回/W(月 火 水 木 金 土)		
	リプル A 回/W(月 火 水 木 金 土)		
	オキサロール μg 回/W(月 火 水 木 金 土)		
	ロカルトロール μg 回/W(月 火 水 木 金 土)		
	エホチール持続注入 A 10%Nacl A カルチコール A 強力ネオミノファーゲンC A		
	その他:		
血液検査	当日病棟で済み HD4セット HD5セット 透析定期採血 その他()		
	今後: 病棟で施行 透析定期に入れる		
今後の透析予定: 未定 検査の結果で入れる			
3回/W 月 水 金 火 木 土 ()回/W 月 火 水 木 金 土			
2回目以降の指示		アレルギー、透析中の注意事項、その他	

