

血液透析（転入） 依頼医師指示表

医師サイン（ ）

ID 生年月日 患者氏名	外来・入院（ ）病棟 科：透・腎・内・整・外	主治医
	転入元施設（ ）	
	転入の目的（ ）	
	転入後透析開始日（ 年 月 日 曜日）	
検査・手術予定日（ 年 月 日 曜日）		
原疾患（ ）		感染症（当院検査結果）
導入日（ 年 月 日 ）		RPR（ ） HBs（ ）
導入施設（ ）		HCV（ ） HIV（ ）

以下、指示項目以外前医に準ずる透析条件・投薬とする。

透析条件	透析日	<input type="checkbox"/> 3回/w 月水金 <input type="checkbox"/> 3回/w 火木土 <input type="checkbox"/> （ ）回/w（月火水木金土）	
	透析時間	（ ）時間 <input type="checkbox"/> ECUM :（ ）mL	
	VA	<input type="checkbox"/> 動脈直接穿刺 <input type="checkbox"/> シェント <input type="checkbox"/> A-Vグラフト <input type="checkbox"/> 動脈表在化 <input type="checkbox"/> A-Aグラフト <input type="checkbox"/> FDL・FTL <input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 鼠径部 <input type="checkbox"/> 前腕 造設日（ ）
	DW	（ ）kg ※風袋除く <input type="checkbox"/> 目標体重その都度指示あり	
	ヘモダイアフィルタ (ダイアライザ)	（ NVF-H ・ FIX-E ・ PMF-A ・ NF-HS ） 膜面積（ ）m <sup>2</sup>	
	血流量	（ ）mL/min	
	抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 術前後 規定通り	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> ダルテパリン <input type="checkbox"/> フサン	総使用量 :（ ）IU・mg ワンショット :（ ）IU・mg 持続注入 :（ ）IU・mg/h
	投薬	ダルベポエチン	（ ）μg（ ）曜日
フェジン		40mg（ ）A（ ）回/w（月火水木金土）	
アルプロスタジル		10μg（ ）A（ ）回/w（月火水木金土）	
マキサカルシトール		（ ）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）	
パーサピブ		（ 2.5 ・ 5 ・ 10 ）mg（ ）回/w（月火水木金土）	
ウパシタ		（ 25 ・ 100 ・ 200 ・ 300 ）μg（ ）回/w（月火水木金土）	
レボカルニチン		1000mg（ ）回/w（月火水木金土）	
	エベレンゾ錠（ ）mg（ ）回/w（月火水木金土）		
	<input type="checkbox"/> イネール持注 A <input type="checkbox"/> 10%Nacl A <input type="checkbox"/> カチコール A <input type="checkbox"/> ネファゲン A		
K補正	必要な場合選択 <input type="checkbox"/> 食事K制限解除 <input type="checkbox"/> K製剤内服 <input type="checkbox"/> HD中DIV補正 <input type="checkbox"/> （ ）		
アレルギー・禁忌	備考		