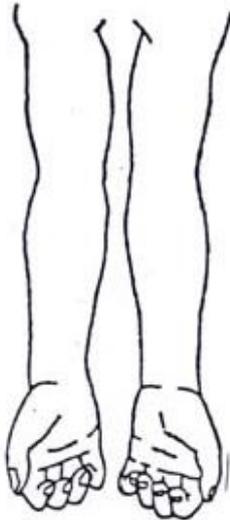


## 透 析 条 件 票

施設名			TEL			FAX		
ふりがな			性別	生年月日			年齢	
患者氏名			男・女	大・昭・平	年	月	日	才
血液型	型 RH( )		感染症	HBs( )HCV( )ワ氏( ) HIV( )その他( ) アレルギー( )				
原疾患			合併症					
透析導入日	昭和・平成	年	月	日	透析回数	回/週	最終透析日	月 日( )
治療方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HD</li> <li>・ HDF 置換液 ℓ</li> </ul>		透析液					
ドライウエイト	kg		透析時間	時間				
血流量	ml/min		ダイアライザー					
抗凝固剤	薬剤名		初回	単位/h	持続	単位/h		
定期注射薬			ブラッドアクセス					
薬剤禁忌			シャント部位					
			右・左					
			止血状態					
透析中の注意点			良好・困難					
					右・左			