Hemodialysis Summary （血液透析条件）

*Please fill in the gray cells.(グレーのセルに入力してください)

First Name /名		Blood Type /血液型	
Last Name /姓		Sex /性別	
Primary disease /原疾患			
Frequency of dialysis /透析クール		/week	
Dry weight /適正体重		Kg	
Cardio-Thoracic Rate /心胸比		%	
Medical history of Hepatitis /感染症	HIV ( ) TP ( ) Hep B ( ) RPR(定性) ( ) Hep C ( ) other ( )		
Allergy /アレルギー			
Contra-indicated drug /禁忌薬			

【Medical History】 /既往歴

Heart disease/心疾患 【 ☐ Yes ☐ No 】

Onset history/発症歴 【 】

Onset disease/発症疾患 【 】

Diabetes/糖尿病

【 ☐ Yes ・ ☐ No ・ ☐ Medication ・ ☐ Insulin 】

Other/その他

【Intradialytic Medications】/ 透析時の内服・注射・処置内容

Date Year /年 Month /月 Day /日

Date of birth /生年月日	Year /年	Month /月	Day /日		
Age /年齢			歳		
Initial dialysis date /透析導入日	Year /年	Month /月	Day /日		
Type of dialysis /治療法	☐ HD ☐ HDF	Dialysis Time /透析時間	HRS		
Blood flow /血液流量	mL/min	Dialysate flow (透析液流量)	mL/min		
Type of dialyser /ダイアライザ					
Dialysate /透析液種類					
anti-coagulant /抗凝固薬					
Initial Dose /初回量	U	Maintenance Dose /持続量	U/h		

【Blood Access】

☐ AVF / 自己) ☐ AVG / 人工

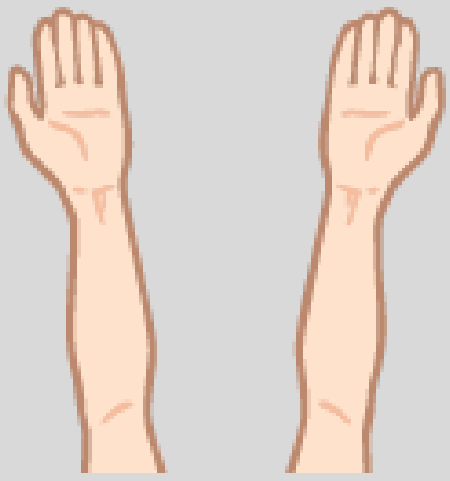
☐ Subcutaneously fixed superficial arter / 表在

☐ Buttonhole / ボタンホール

☐ aaR Arm / みぎ腕 ☐ L Arm / ひだり腕

☐ Vascular catheter / カテーテル ☐ Other( )

Needle gauge /穿刺針		G
Methods of Hemostasis /止血方法	☐ 圧迫止血 / Pressure Hemostasis ☐ 止血ベルト /Hemostatic Belt ☐ その他 / Other ( )	



【Other】 /その他

2023年4月3日 作成
2023年4月11日 改訂