

透析患者紹介状

ふりがな		性別	住 所	
氏 名		男	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
		女		
原因疾患、基礎疾患、既往歴				
	(昭・平 年 月 日)			(昭・平 年 月 日)
	(昭・平 年 月 日)			(昭・平 年 月 日)
	(昭・平 年 月 日)			(昭・平 年 月 日)
	(昭・平 年 月 日)			(昭・平 年 月 日)
	(昭・平 年 月 日)			(昭・平 年 月 日)
透析導入日 (昭・平 年 月 日) シェント造設日 (昭・平 年 月 日)				
現病歴・臨床経過 直近のバイタル (BP 、 HR 、 KT 、 SaO2)				
Alb g/dl、Hb g/dl、CRP mg/dl、HBs 抗原 (+・-)、HCV 抗体 (+・-)				
服薬状況及び内容				
頭部・胸腹部画像 (CT ・ XP など)				
心電図、心エコー、心カテ、下肢評価				
夜間不穏 (有 ・ 無) 対応策： 透析時不穏 (有 ・ 無) 対応策：				
一般状態・検査				
褥瘡 有 ・ 無 (部位)		カテーテル留置 有 ・ 無		
カロリー cal		平成 年 月 日		
NaCl		医療機関名		
水分制限		住所		
タンパク		医師氏名		
備 考		(印)		

☆各検査項目の実施については、検査可能な限りで結構です。

☆ " " 記入は各検査コピーでも結構です。

☆リハビリテーションを実施されている場合は、実施報告書を添付願います。