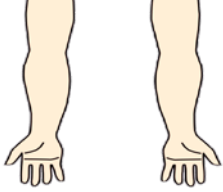


請以英文填寫

Patient Information (患者資訊)		Kinashi Obayashi Hospital	
Patient Name (患者姓名)	Last (名)	First(姓)	Sex (性別) ☐ Man ☐ Female (男) (女)
DOB (生日)	/ / Day(日) Month(月) Year(年)		Age (年齡) ()
Address (住址)			
ESRD Diagnosis (原發性疾病)	Primary (繼發症)		
	Secondary (後遺症)		
Allergies (有無過敏)	☐ YES ()		☐ NO
Medical history of Hepatitis (肝炎感染病史)	Hep B	☐ YES ()	☐ NO
	Hep C	☐ YES ()	☐ NO
	Other	☐ YES ()	☐ NO
	(If Yes, about when)		
Medications (藥劑)			
Medications p.o. (口服藥劑)			
Intradialytic Medications(透析中的藥劑)			
()	Dose/用藥量 ()	Frequency/頻率()	
()	Dose/用藥量 ()	Frequency/頻率()	
Erythropoietin	Dose/用藥量 ()	Frequency/頻率()	
Physician Summary (醫師意見)			
(為在海外實施臨時透析，對患者目前症狀、併發症、心理方面和行為方面的問題點進行歸納。 另外如患者心電圖和胸部X光中有需要特別記載的事項，也請填寫。CTR請填寫最新數據。)			
ECG			
CHEST X-RAY			
CTR			
Mobility (移動)	☐ Ambulatory(自立步行) ☐ Ambulatory with assist(輔助步行) ☐ Wheel Chair(輪椅)		
Special Instructions (特別指示)			
(關於臨時透析如需要特別應對，也請填寫)			

未經Medical Wellness Consortium許可，嚴禁擅自使用表格。我們對於因擅自使用而導致的損失不承擔任何責任。

請以英文填寫

Hemodialysis Summary(血液透析條件)				Kinashi Obayashi Hospital	
Initial Dialysis Date (開始透析日期)		/ /			
		Day(日) Month(月) Year(年)			
Dialysis Time (透析時間)		HRS		Frequency of Dialysis (每星期透析次數) /week	
Type of Dialysis (透析類型)		☐ HD ☐ HDF ☐ Other()			
Type of Dialyser/Console (透析器/控制台類型)					
Surface Area (膜面積)		M ²		Blood Access(血管通路) ☐ AVG ☐ AVF ☐ Subcutaneously fixed superficial artery(留置導管)  ☐ Others Methods of Hemostasis(止血方法)	
Blood Flow (血流量)		ml/min			
Type of Needle (針型)					
Venous outlet pressure (靜脈壓)		mmHg			
Dry Weight (乾體重)		Kg			
Interdialysis weight gain (體重增加)		Kg			
BP (血壓)	Pre	mmHg			
	Post	mmHg			
Usual UFR (超濾速率)		ml/h			
Usual TMP (膜間壓力差)		mm/Hg			
Dialysate (透析液)		產品名稱			
Na+		K+		Ca++	
				Mg++ (mEq/L)	
Bicarbonate		(mEq/L)		Glucose (mg/dL)	
Heparin		Initial Dose (開始投放量)		u	
		Maintenance (間隔)		u/H	
		Time off (結束時間)		min. before HD closing time	
Others		Initial Dose (開始投放量)		u	
		Maintenance (間隔)		u/H	
		Time off (結束時間)		min. before HD closing time	
Respose to Drop in Blood pressure (血壓降低時的應對)		☒ Stop fluid removal(停止脫水量) ☐ Raise Legs(抬起下肢) ☐ Use vasopressor (使用升壓藥) ☐ Reinfusion of Saline solution(注入鹽水) ☐ Others: ()			

未經Medical Wellness Consortium許可，嚴禁擅自使用表格。我們對於因擅自使用而導致的損失不承擔任何責任。

請以英文填寫

Laboratory Data (検査資料)					Kinashi Obayashi Hospital	
Blood Type	☐ A	☐ B	☐ O	☐ AB	Rh:	☐ (+) ☐ (-)
Items	Results	Standard Level(標準値)	Unit	Date Day / Month/ Year		
BUN			mg/dl	/	/	
Creatinine			mg/dl	/	/	
Sodium(Na)			mEq/l	/	/	
Postassium(K)			mg/dl	/	/	
Chlorode(Cl)			mEq/l	/	/	
Calcium(Ca)			mg/dl	/	/	
Phosphorus(iP)			mg/dl	/	/	
Albumen(ALB)			g/dl	/	/	
AST(GOT)			IU/L	/	/	
ALT(GPT)			IU/L	/	/	
WBC Count			10 ³ /uL	/	/	
RBC Count			10 ⁶ /uL	/	/	
Hemoglobin			g/dl	/	/	
Hematocrit			%	/	/	
PLT Count			10 ³ /uL	/	/	
HBsAg	☐ (+) ☐ (-)			/	/	
HBsAb	☐ (+) ☐ (-)			/	/	
HIV	☐ (+) ☐ (-)			/	/	
HCV	☐ (+) ☐ (-)			/	/	
RPR Test	☐ (+) ☐ (-)			/	/	
VDRL	☐ (+) ☐ (-)			/	/	

請填寫以上內容並送交，或是送交記載有上述檢查結果的血液檢查結果報告。
請送交距離預定透析日期3個月內所實施的檢查結果

Referring Dialysis Unit Information(貴院資料)			
Referring M.D. (主治醫生姓名)			
Hospital (貴院名)			
Address (住址)			
Emai			
Phone		Fax	

I authorize the patient to receive transient dialysis in Japan, as phycian in charge, and send this patient information sheet.
Date: _____
Physician's Signature(簽名) _____

Kinashi Obayashi Hospital Information			
Emai	touseki@obayashihp.or.jp	Fax	+81-87-881-3867

本資料表中所記載的資料，僅用於與患者暫定預約的醫院進行接受預約確認和實施血液透析，不會用於其他目的。
請仔細確認收件人的電子郵件地址或FAX號碼正確無誤。我們對於您因誤發電子郵件或FAX而導致的損失我方不承擔任何責任。

未經Medical Wellness Consortium許可，嚴禁擅自使用表格。我們對於因擅自使用而導致的損失不承擔任何責任。