BIMC ホスピタル透析申込書

TRAVELLING DIALYSIS INFORMATION FORM

このページは患者様が**アルファベット（英文）**にてご記入ください

PATIENT INFORMATION/患者様の情報

1. Patient Name: 患者様のお名前 .....

2.DOB: 生年月日　西暦 ..... 年/Y ..... 月/M ..... 日/D ..... 歳/years old

3Sex: 性別　M 男 / F 女

4.Marital Status: 婚姻状況　☐Married/既婚　☐Single/独身

5.Nationality: 国籍 .....

6.Home Address: 住所　【例】〒123-4567 Tokyo Setagaya-ku・・・

.....

.....

7.Email: ..... 8.Phone: .....
メールアドレス(携帯のアドレス可)　電話番号(自宅及び携帯)

9.Bali Address: .....
バリ島での滞在先住所（ホテル、友人宅などの住所）

10.Phone Number in Bali: .....
バリ島で連絡が取れる電話番号（海外対応なご自分の携帯番号、滞在先ホテル、一緒に行動するお知り合いの電話番号など）　※緊急な場合に必ず連絡が取れる状況にしてください。

11. Arrival in Bali: バリ島到着日　西暦 ..... 年/Y ..... 月/M ..... 日/D ..... : ..... 時到着

12. Departure: バリ島出発日　西暦 ..... 年/Y ..... 月/M ..... 日/D ..... : ..... 時出発

13.Emergency Contact Name: ..... 相手先の国 .....
緊急連絡先名前（日本以外の場合、相手先の国の名前もお書きください）

14. Relationship : ..... 15. Phone: .....
続柄　電話番号(自宅及び携帯)　※日本以外は国番号もお書きください。

BIMC HOSPITAL Dialysis Centre
Kawasan BTDC Blok D, Nusa Dua 80363 Bali, Indonesia
Tel: (+62 361) 3000 911 Fax: (+62 361) 3001 150
japan@**bimcbali.com**

これより先は**担当医**に**すべて英文**にて書き込んでもらってください。

REFERRING DIALYSIS UNIT INFORMATION

16.Referring Unit Name: 通院先病院名 .....

17.Phone: 電話番号..... 18.Fax: .....

19.Primary Nephrologist: 担当医のお名前.....

20.Phone:担当医直通の電話番号..... 21. Fax:.....

22.担当医の Email:.....

23.Primary Nurse Email: 担当看護師 Email（可能であれば）.....

MEDICAL PATIENT INFORMATION

24.Date of First Dialysis: 透析導入日 .....日/Date .....月/month .....西暦/year

25. ESRF Diagnosis Primary: 診断名(原疾患)

.....

26.Secondary: 合併疾患.....

27. Past History: 既往歴 .....

28.Allergies: アレルギー .....

29. Usual Blood Pressure:...../.....mmHg
通常血圧

30. Target dry body weight: 目標ドライウェイト.....Kg

31. Recent Body Weight: 平均体重 .....Kg

BIMC HOSPITAL Dialysis Centre
Kawasan BTDC Blok D, Nusa Dua 80363 Bali,
Tel: (+62 361) 3000 911 Fax: (+62 361) 3001 150
japan@**bimcbali.com**

32.History of Hepatitis B Vaccination: ☐Yes/はい ☐No/いいえ
B 型肝炎予防接種をうけたことがありますか？

33.HBsAg ＋ － 34.HBsAb ＋ － 35.HBcAb ＋ －

36.Anti HCV ＋ － ~~37. HCV RNA ＋ －~~ 38.Anti HIV ＋ －

39.Blood Type and Rhesus Group: 血液型 Rh .....

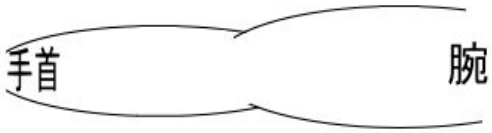
40.Blood Transfusion: 輸血を受けたことがありますか？ ☐ Yes/はい ☐ No/いいえ
↑If Yes, when and how much ml?/ “はい”の場合は時期と輸血量を下記にご記入ください。

.....日/Date.....月/month.....西暦/year.....m l

41.Special Needs during treatment:.....
透析治療中注意しなければいけないことがあればお書きください

42. Circumstances and Mobility :.....
車イスなどあらかじめ病院側で用意するものがあればお書きください

43. Describe Vascular Access: AV Shunt / AV Fistula/
血管へのアクセス方法



.....

44. シャントの腕/Arm ☐Left /左 ☐Right /右

45. Needle Gauge: 現在の患者様の針のサイズ.....

46. 当院で針は１６G しか用意してありません/We only have 16G, bring own your needle if you are worried.
不安があるようでしたら患者様に合った針を持ってきていただけるようお願いいたします。

☐16G 使用/Use 16G

☐持ち込み希望/Bring 品名/name..... サイズ/size.....

※持ち込む場合、必ず針はスーツケースに入れるよう患者様にご指導お願いいたします。

BIMC HOSPITAL Dialysis Centre
Kawasan BTDC Blok D, Nusa Dua 80363 Bali,
Tel: (+62 361) 3000 911 Fax: (+62 361) 3001 150
japan@**bimcbali.com**

47.Date of Access Creation: シャント造設日 ..... 日/Date ..... 月/month ..... 西暦/year

48. Any History of Access Complications: シャント合併症の既往

.....

CURRENT TREATMENT ORDERS / DIALYSIS PRESCIRIPTION

49. Dialysate Composition: .....
透析液の成分

50.Dialyzer and Delivery System: .....
ダイアライザーの種類・膜面積

51. History of Dialysis Complications: .....
透析合併症歴

.....

52.Frequency of Dialysis: ..... per week
一週間の透析回数

53.Dialysis treatment for: ..... hours
一回の透析時間

54.TMP Used: .....
膜間圧力差

55. Dialysate Temperature: ..... °C
透析液温度

56.Blood Flow Rate (Qb): ..... mL/min
血液流量

57.Dialysate Flow Rate (Qd): ..... mL/min
透析液流量

58.Last Ultrafiltration (UF) goal: L
前回の限外濾過量

59.Maximal Tolerated UF Goal: L
耐容可能な最大限外濾過量

BIMC HOSPITAL Dialysis Centre
Kawasan BTDC Blok D, Nusa Dua 80363 Bali,
Tel: (+62 361) 3000 911 Fax: (+62 361) 3001 150
japan@**bimcbali.com**

ANTICOAGULATION: ヘパリン投与

60. Heparin Loading Dose/Bolus: 開始投与量 .....(IU)

61. Heparin Maintenance: 毎時間投与量 .....(IU/hr)

62. O f f for the last.....min of treatment
透析終了の 分前に止める

63.Heparin Free Dialysis, Please State Alternative Anticoagulation:
ヘパリン不使用の方：代替薬と投与方法

.....

64.Indication: 使用できない理由 .....

Holiday Dialysis Dates ご旅行中の透析予定

65.How many treatment?:透析ご希望回数 （合計 回希望）

66.What date and time?:ご希望の日時をお書きください。（開始時間 9 時から 11 時まで）
※飛行機の時間や結婚式の参列など特別な事情がある場合はその旨をお知らせください。

1 回目 西暦 .....年 Year .....日/D .....月/M .....時/T .....分/M

2 回目 .....日 .....月 .....時 .....分 **3 回目** .....日 .....月 .....時 .....分

4 回目 .....日 .....月 .....時 .....分 **5 回目** .....日 .....月 .....時 .....分

※予約状況によりご希望時間に添えない場合もございます事をご了承ください。

67.私（医師名）.....は、（患者名）.....に関して、
ここに書かれた情報が正確であることを証明し、バリ島 BIMC ホスピタルにて透析治療を受ける事を許可します。/All this information that has been provided in this documentation is true that the patient can have the treatment at BIMC Hospital in Bali.

68.Signature Attending Doctor: 担当医 署名.....

69.Date:今日の日付 .....日/Date .....月/month .....西暦/year