



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
- 3 Sex: 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。



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: 目標ドライウエイト Kg
31. Recent Body Weight: 平均体重 Kg

32. History of Hepatitis B Vaccination: Yes/はい No/いいえ
 B型肝炎予防接種を受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.....ml

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。



47. Date of Access Creation: シヤント造設日 _____ 日/Date _____ 月/month _____ 西暦/year

48. Any History of Access Complications: シヤント合併症の既往
.....

CURRENT TREATMENT ORDERS / DIALYSIS PRESCRIPTION

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



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. Off 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