

## 件名: 患者インフォメーション用紙記入時の注意点について

### 担当医 様

- \* 患者インフォメーション用紙の#1ページ～#4ページとBlood Access図の計5枚を記入していただきます。(尚「治療書承諾書」は本人のサインのみが必要となります。)
- \* すべて英文にて記入願います。  
パソコンにて記入を望まれる場合、この用紙のExcelデータを送付しますので別途ご連絡ください。

#### <患者インフォメーション・シート#1>

- \* 「B型&C型肝炎の既往歴」とはHBsAg, HBsAb, HBcAb, HCAb,に関する検査結果において陽性(+)であった場合、チェックし、その発生日/月/年を記入してください。

#### <患者インフォメーション・シート#2>

- \* ハワイで利用するダイアライザーの指定は出来ません。また、日本から持参することもできません。  
ハワイで利用されるダイアライザーはBoxter製XPH-150(3回以内)、またはCT190(3回以上)です。
- \* 透析導入日(Date of Initial Dialysis)に関しては保険還付資料作成時に必ず必要となりますので、透析を始めた月/日/年を記入してください。
- \* ヘパリンは豚製のみで豚にアレルギーがある場合は明記願います。  
ヘパリンは豚製のみで特殊なヘパリンは準備できません。  
(標準で利用されているのはHEPARIN Sodium 1,000USP/ml, 30ml multi-dose Vial です。)  
ペパリンの量は日本に比べ機械側の流路が長いので”血栓”がしやすい旨を考慮ください。  
(同じく血流量に関しても考慮願います。)
- \* 「ドライウエット」、「身長」は必ずご記入ください。(透析装置にこの値をセットする為)
- \* ”EPOGEN”、”ZEMPLAR”、”VENOFER”の製剤のみこちら(ハワイ)で準備できます。  
(これ以外の製剤が必要でしたら持参してください。この製品名の製剤しか準備できません。)
- \* **ハワイ滞在中の透析治療中に製剤が必要でしたら、具体的な日付(ハワイでの)と1回の投与量をご記入ください。(ハワイ滞在中に投与が不要でしたら ”No”を記入してください)**  
投与量に関しては**200Units**単位で指定してください。
- \* ”EPOGEN”以外の特殊な貧血治療薬は準備できません。(”Darbepoetin alfa”等は利用できません)

#### <患者インフォメーション・シート#3>

- \* 「透析中の問題点とコメント」欄は空白にせず、問題がなければ必ず”問題ナシ”とご記入ください。
- \* 穿刺&止血、透析中の血圧変動&筋肉の痙攣、最大除水量・除水レート、透析中のフラッシュの要否(血栓防止のため)等々の留意点がありましたら、この「コメント」欄に必ずご記入ください。
- \* 血液検査データに関しては最新の**(最低でも”30日以内”)**のデータを記入してください。(データ提出は不要です。)  
**尚、「Hbs抗原」に関する血液検査データは”30日以内”でないとハワイ側の施設で受入拒否されます。**  
「Hbs抗原」に関しては数値でなく、**“Negative”or”Positive”**をご記入ください。  
同じく「Hbs抗体」に関しては12ヶ月以内のデータで**定量的な数値**を記入ください。

#### <患者インフォメーション・シート#4>

- \* 医師の「サマリー」に関しても空白にはせず、以下の2点に関しては必ずコメントください。  
心電図検査に問題がなければ”問題ナシ”とご記入ください。  
胸部レントゲン検査(90日以内)結果も問題が無ければ”問題ナシ”また、併せて”心胸比”もご記入ください。  
また、病院での移乗介助(車椅子&杖、リフト)等の特別なリクエストがあればご記入ください。

## <ブロードアクセス・シート#5>

\* 必ず動脈<A>側と静脈<V>側の穿刺の場所と針の挿入方向を記入してください。

穿刺ができる箇所が複数ヶ所ある場合はそれもすべて記入してください。

\* 穿刺に関する特別な配慮(浅く刺す、刺す方向等々)がありましたら、"Note"欄に記入ください。

\* 針のサイズが動脈側と静脈側異なる場合はその旨を記載ください。

また、"ボタンホール手法"用の針の場合はその旨を記載ください。

尚、プラスチック(滞留)針は使用していません。

## <参考資料> #2ページ"透析に関するデータ"欄 和訳資料

\* 私達が標準で利用しているダイアライザーはBoxter製XPH-150(3回以内)、またはCT190(3回以上)です。

これらのダイアライザーはすべての訪問客に対して利用されます。また、患者が自分用のダイアライザーを持参することはできません。

Date of Initial Dialysis: <input type="checkbox"/>	Hours per Treatment: <input type="checkbox"/>	Treatments per Week: <input type="checkbox"/>	Dialyzer: <input type="checkbox"/>	Dialysate Flow:(cc/min):
(透析導入日)	(透析時間)	(透析間隔)	(ダイアライザー)	(透析液流量)
Dialysis: K+ <input type="checkbox"/>	NA+ <input type="checkbox"/>	Bicarb: <input type="checkbox"/>	Ca+ <input type="checkbox"/>	Na+ Modeling: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Type:
(透析液)(カリウム)	(ナトリウム)	(重炭酸)	(カリウム)	(Naモデリング透析 要-不要 とタイプ)
Heparinization: <input type="checkbox"/>	Initial Dose: <input type="checkbox"/>	Infusion: <input type="checkbox"/> Unit / hr	Blood Flow Rate: <input type="checkbox"/> cc / min	Average Arterial Pressure:
<input type="checkbox"/> Pork only	(ペパリン初期投与量)	(ペパリン注入量)	(血流量)	(動脈側の圧力)
(ペパリン 豚製のみ)	* 豚製ペパリンNGの場合の代替薬と投与方法			
Access Type: <input type="checkbox"/>	Access Location: <input type="checkbox"/>	Needle Gauge: <input type="checkbox"/>	Dry Weight (kg):	Average Venous Pressure:
(アクセスのタイプ)	(アクセスの場所)	(針サイズ)	(ドライウェット)	(静脈側の圧力)
Blood Pressure Pre: <input type="checkbox"/>	Blood Pressure Post: <input type="checkbox"/>	Blood Pressure Medicatio	Average Weight Gain (kg):	Height (CM):
(透析前血圧)	(透析後血圧)	(血圧 薬の要否)	(平均増加体重)	(身長)
Allergies: <input type="checkbox"/>				
(アレルギー)				
Xylocaine Needed? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
(キシロカインの要否)				

## IN CENTER MEDICATIONS (please do not write the letter "u" after dosage)

透析中の投薬に関して (投薬量の単位に関しては"u"を付けないでください。)

Epogen: <input type="checkbox"/>	Venofer: <input type="checkbox"/>	Hecotorol: <input type="checkbox"/>
(エポジエン)	(ベノファー)	(ヘクトロル)
Frequency: <input type="checkbox"/>	Frequency: <input type="checkbox"/>	Frequency: <input type="checkbox"/>
(投与頻度)	(投与頻度)	(投与頻度)

以上 お手数ですがハワイで安全に透析する為ご協力お願いいたします。