

患者インフォメーション・シート (3枚): 主治医の方に英語で記入をお願いします。

**PATIENT INFORMATION SHEET** US Renal Care Tamuning Sinajana Tumon Harmon

265 Chalan Santo Papa, Hagatana, Guam 96910 / Tel. 671-475-3600 Fax 671-477-2759 / Confidential Fax (671)-477-3547

<b>IDENTIFICATION DATA</b> 一般事項		Date: 日 付	
Patient's Name: 患者名 Last Name (姓) First Name (名)		Date of Birth: mm/dd/yyyy 生年月日	Sex: M / F 性別
Home Address: 〒 現住所			
Home Phone: 自宅電話		Occupation: 職 業	
Dialysis Dates Requested: 透析希望日		Arrival Date: グアム到着日	Departure Date: グアム出発日
Hotel Name: 滞在ホテル名		Visiting Address & Phone No. : 滞在中の住所及び電話	
<b>GENERAL TREATMENT INFORMATION</b> 病歴について			
ESRD Diagnosis: 病名 診断 原疾病			
Pertinent Secondary Diagnosis: 合併症		Contagious Diseases: 感染症	
Medications: 通常投与薬物			
Epogen: エポジン		Date Started: 開始日	Dose: 単位
History of Clinical Hepatitis: 肝炎の病歴		YES はい	NO いいえ
		If Yes, Date: あると答えた場合、その日付	
Allergies: アレルギー			
<b>HEMODIALYSIS DATA</b> 透析データについて			
Initial Dialysis Date: 最初の透析開始日		Dialysis Per Week: 透析回数 / 週	Hours Per Treatment: 一回の透析時間
Dialyzer: ダイアライザー名		Surface Area: 表面積	Membrane: 透析膜
Dialysate: 透析液	K+Concentration: ポタシウム	Type of Needle: 針のタイプ	Size: サイズ
Location of access on diagram [腕の図]			

Blood Flow Rate: 動脈側流量	Venous Outlet Pressure: 静脈側圧	Usual UFR/TMP: 限外濾過率/毎時除水速度			
Heparinization: ヘパリン投与	Initial Dose: 開始投与量	Hourly Dose: 毎時間投与量			
Dry Weight: 基本体重	kg	Average Weight Gain: 平均体重増加	kg	Height: 身長	cm
Average supine BP: 平均血圧	Pre-Dialysis: 透析前	Post-Dialysis: 透析後			
Unusual events/problems during dialysis and comments (透析中における特記事項)					
<b>LABORATORY DATA within 30 days [血液検査について] Enclose Lab Copy 30 日以内のデータ添付必須</b> The following blood tests data must be done within 30 days from the visitor's requested dialysis date on Guam. (下記の検査結果はグアムでの透析希望日 30 日以内の最新データであること)					
DATE DONE 実施日(30 日以内)	TEST 検査項目	RESULTS (結果値)			
	Hemoglobin				
	Hematocrit				
	BUN				
	Creatinine				
	Potassium				
	SGPT				
	HbsAg and HbsAb (-)または(+)				
	KT/V				
	HCV				
	TB (-)または(+)				
	Vaccination history (30 日以上 遡りわかる範囲での記入要)				

Note: We must have all of the above values before accepting the patient. 注意: 患者の受け入れを許可するにあたり、上記の全ての情報が必要です。検査機関発行の検査結果データ添付必須。

Patient's Name: 患者名	Last Name (姓)	First Name (名)	Date of Birth: 生年月日	Sex: M / F 性別
------------------------	---------------	----------------	------------------------	------------------

**MEDICAL INFORMATION 患者についてのその他医療的情報**

Physician's summary of past and current problems or complications, including EKG readings and Chest X-ray results within previous one year and pertinent psychosocial and level of activity problems, i.e. wheelchair, ambulatory? (心電図及び胸部 X 線写真、過去 1 年以内を含む過去から現在の問題並びに合併症、関連ある心理社会上、行動上 (例: 車椅子使用か歩行可能かなど) の問題についての医師による要約)

List of Medications: Please bring your own supply of oral medication. 注意: ご自分の飲み薬をご持参下さい。飛行機遅延などの可能性も鑑み余分にお持ちになることをお勧めいたします。

Please make sure to have the patient to bring the latest information as well. 記載後、グアム来島までの期間に記載事項に変化が生じた場合は最新情報を患者様にご持参頂くようお願い致します。

**REFERRING PHYSICIAN 紹介担当医**

I certify that the information given regarding \_\_\_\_\_ (patient's name) is correct and permission is granted by \_\_\_\_\_ M.D. (physician's name) to be treated by GUAM RENAL CARE, as a dialysis visitor patient.  
私、(医師名) \_\_\_\_\_ は、(患者名) \_\_\_\_\_ に関しここに書かれた情報が正確であることを証明し、透析旅行者として \_\_\_\_\_ にて透析治療を受けることを許可します。

Referring Unit:

紹介機関名

Address:

所在地

Phone Number:

電話番号

Fax Number:

ファクス番号

Date:

日付

Physician's Signature:

担当医署名

マイクロネシア・アシスタンス・インク (Micronesia Assistance, Inc.) にて、グアム透析予約手配および現地送迎付き通訳アシスタントサービスを行っております。全ての検査データ及び必須書類は透析希望日の遅くとも 1 週間前までにご提示ください。ご質問や不明な点等、お気軽にお問い合わせください。

Tel : 1 (671) 649-8147 Fax: 1(671) 649-8140 Email: mai@maiguam.com URL: www.maiguam.com

Patient's Name:

患者名

Last Name (姓)

First Name (名)

Date of Birth:

生年月日

Sex: M / F

性別