

患者インフォメーション・シート： 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

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
滞在ホテル名 Visiting Address & Phone No. :		感染症 infection disease <input type="checkbox"/> 無し No <input type="checkbox"/> 有り Yes	車椅子 Wheelchair <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 持参
Dialysis Dates Requested: 透析希望日		Arrival Date: グアム到着日	Departure Date: グアム出発日
Location of access on diagram [腕の図]			
LABORATORY DATA [ラボデータ結果について] Lab Data must be attached (※検査データ添付必須) 下記の全ての検査結果はグアムでの透析希望日 1ヶ月以内のものであること)			
DATE DONE 検査日 (30日以内の実施日)	TEST (検査項目)	RESULTS (結果値)	
	Hemoglobin		
	Hematocrit		
	BUN		
	Creatinine		
	Potassium		
	SGPT		
	HbsAg and HbsAb (-)または(+)		
	KT/V		
	TB (-)または(+)		
(1年以内の実施日)	Vaccination history		

Note: We must have all of the above values before accepting the patient.

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。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: info@mai-guam.com URL: www.mai-guam.com