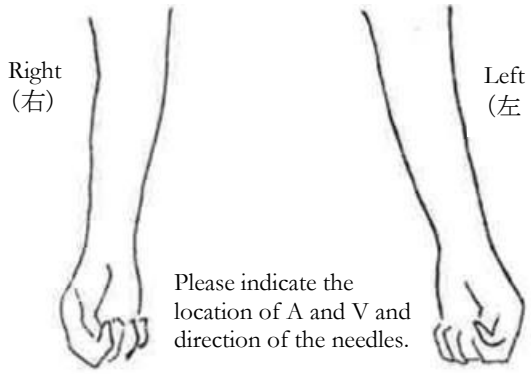
Makiminato Chuo Hospital
1199 Makiminato
Urasoe City, Okinawa 901-2131, Japan

Tel: +(81) 98-878-8630
Fax: +(81) 98-879-3415
E-mail: foreignservicemch@haku-ai.or.jp

HD Summary
（透析条件）

Name （氏名）		DOB 生年月日		Age （年齢）		Sex （性別）		Blood Type （血液型）	
Address （住所）						TEL （電話）			
Emergency Contact （緊急連絡先）			Relationship （続柄）			TEL （電話）			
Date of First HD （透析導入日）			Infections （感染症）			Medicine Allergy／Contraindications （薬剤アレルギー・禁忌）			
Primary Disease （原疾患）			HBs Antigen （HBs抗原）						
DW	Kg		HCV Antibody （HCV抗体）						
CTR	%	Kg at time of X-ray （撮影時体重）	Syphilis （梅毒反応）						
		X-ray date: （撮影日）							
Treatment Method （治療方法）									
HD Frequency （透析日）	Mon・Tue・Wed・Thu・Fri・Sat・Sun _____x/Wk_____Hrs								
Anticoagulant （抗凝固剤）									
Initial Dose （ワンショット量）	IU		A Needle （穿刺針A）	G					
Hourly Dose （持続速度）	IU/hour		V Needle （穿刺針V）	G					
Dialyzer （ダイアライザ）			VA						
Blood Flow （血流量）	ml/min		Dialysate （透析液）						

Applied Medications （投与薬剤）			
Name （薬剤名）	Dosage （投薬量）	Method （投薬方法）	Frequency （回数）



Name of your HD facility and contact number	Comment: