

## PATIENT INFORMATION SHEET

Please ask your doctor to write this information sheet in English.

以下は医療データです。主治医に英語で記入してもらってください。

<b>IDENTIFICATION DATA</b>		
PATIENT NAME (患者氏名):		
HOSPITAL (病院):		
REFERRING M.D. (主治医):		
TEL / FAX (電話/Fax):		
ADDRESS (住所):		
ESRD DIAGNOSIS (原病名):		
PATIENT SECONDARY DIAGNOSIS (合併症):		
ALLERGIES (アレルギーの有無):	YES. / NO.	IF YES, LIST (YES の場合その種類):
DATE OF TRANSFUSION WITHIN 6 MONTHS (最近6ヶ月内の輸血の有無):	YES. / NO.	IF YES, DATE (YES の場合その月日):
<b>GENERAL TREATMENT INFORMATION</b>		
MEDICATIONS : PO (通常投与薬とその量):		
<b>SPECIFIC HEMODIALYSIS DATA</b>		
DIALYSIS DATE REQUIRED (透析予定希望日):	MM/DD/YY (月・日・年)	AM/PM (午前・午後の希望)
DATE DIALYSIS INITIATED (透析開始日):	MM/DD/YY (月・日・年)	

HOURS PER TREATMENT (透析時間) :	(HRS)	DAYS PER WEEK(透析回数/週) : / A WEEK
DIALYSATE (透析液) :		
DIALYZER (透析器)		
DIALYZER SURFACE AREA (透析膜の面積) :	(m <sup>2</sup> )	Membrane (透析膜)
TYPE OF THE NEEDLES (穿刺針のタイプ) :		Blood Access (穿刺部位) R-HAND                      L-HAND
ARTERIAL FLOW (動脈側流量) :	(ml/min)	
VENOUS OUTLET PRESSURE (静脈側圧) :	(mm/Hg)	
USUAL UFR/TMP	(ml/min)	(mm/Hg)
INITIAL HEPARINIZATION (初ヘパリン使用量) :	(U)	HOURLY DOSE (持続ヘパリン量/時)
AVERAGE BLOOD PRESSURE (平均血圧) :	PRE (透析前) : (mmHg)	POST (透析後) : (mmHg)
DRY WEIGHT (基体重) :	(Kg)	
<b>UNUSUAL EVENTS/PROBLEMS DURING DIALYSIS AND COMMENTS</b> (透析中の特記事項)		
OTHERS : (Epo etc.)		

## LABORATORY DATA

(THE DATES MUST BE WITHIN 60 DAYS OF SCHEDULED DATES OF DIALYSIS)

(検査データ)

(最初の透析予定日から 60 日以内の結果に限る。但、ハワイでは 30 日以内となる。)

BLOOD TYPE :	A.	B.	AB.	O.	Rh: ( + ) ( - )
	VALUE				DATE (MM/DD/YY)
sGOT				(KU)	
sGPT				(KU)	
Hemoglobin				(g/dl)	
Hematocrit				( % )	
Alkaline Phosphatase				(IU/l)	
BUN	Pre:	Post:		(mg/dl)	
POTASSIUM				(mEq/l)	
CREATININE				(mg/dl)	
CALCIUM				(mg/dl)	
PHOSPHATE				(mg/dl)	
HBsAg		( + )	( - )		
HIV		( + )	( - )		
HCV		( + )	( - )		

WE MUST HAVE ALL OF THE ABOVE VALUES BEFORE ACCEPTING THE PATIENT.

(患者の受入れを許可するに当り、上記全ての情報が必要です。)

## MEDICAL INFORMATION SHEET

PHYSICIAN' S SUMMARY OF PAST AND CURRENT PROBLEMS OR COMPLICATIONS,  
INCLUDING EKG READING AND CHEST X-RAYS WITHIN PREVIOUS SIX (6) MONTHS.

(i.e. WHEEL CHAIR, AMBULATORY?)

(本患者の過去、現在の合併症を含む問題点、心電図、胸部の X 線写真(6ヶ月以内)、患者の明らかな注意事項、心理的及び行動上の問題点、(車椅子使用か、歩行可能か)等についての医師の要約コメント)

ECG :

CHEST X-RAY :

CTR :

OTHERS:
DOCTOR' S SIGNATURE :

フォーム監修： 一般財団法人 航空医学センター専務理事・所長 五味秀穂

## 記入見本

### PATIENT INFORMATION SHEET

Please ask your doctor to write this information sheet in English.

以下は医療データです。主治医に英語で記入してもらってください。

<b>IDENTIFICATION DATA</b>		
PATIENT NAME (患者氏名):	Taro Yamakawa	
HOSPITAL (病院):	Tokyo Clinic	
REFERRING M.D. (主治医):	Hanako Yamada M.D	
TEL / FAX (電話/Fax):	81 (日本の国番号)-3 (市外局番、0を外す)-1234-5678	
ADDRESS (住所):	20-5 Ichibancho Chiyoda-Ku Tokyo, Japan	
ESRD DIAGNOSIS (原病名):	Chronic Renal Faukure.	
PATIENT SECONDARY DIAGNOSIS (合併症):	Angina Pectoris (Post. Percutaneous transluminal coronary angioplasty stato: Feb 27, 2003 – Mar 19, 2003)	
ALLERGIES (アレルギーの有無):	YES. / <input checked="" type="radio"/> No	IF YES, LIST (YES の場合その種類):
DATE OF TRANSFUSION WITHIN 6 MONTHS (最近6ヶ月内の輸血の有無):	YES. / <input checked="" type="radio"/> No	IF YES, DATE (YES の場合その月日):
<b>GENERAL TREATMENT INFORMATION</b>		
MEDICATIONS : PO (通常投与薬とその量):	Carvediol 10mg, Isosorbito dinitrato 40mg, Nicorandil 15mg, Bufferin 81mg, Carcium carbonato 3g, Laftidine 20mg, Levothyroxine sodium 50?g, *Valsaltan 80mg (No hemodialysis Days only.)	
<b>SPECIFIC HEMODIALYSIS DATA</b>		
DIALYSIS DATE REQUIRED (透析予定希望日):	MM/DD/YY (月・日・年)	AM/PM (午前・午後の希望)
	12/31/05	AM
	01/03/06	AM
DATE DIALYSIS INITIATED (透析開始日):	MM/DD/YY (月・日・年)	
	05/01/' 01	

HOURS PER TREATMENT (透析時間) :	4.0 (HRS)	DAYS PER WEEK(透析回数/週) :	3 / A WEEK
DIALYSATE (透析液) :	K <sup>2</sup> 2.0 (mEq/l)		
DIALYZER (透析器)			
DIALYZER SURFACE AREA (透析膜の面積) :	1.6 (m <sup>2</sup> )	Membrane (透析膜)	
TYPE OF THE NEEDLES (穿刺針のタイプ) :	Arterial site : 17G needle Venous site : 16G canula	Blood Access (穿刺部位) R-HAND L-HAND	
ARTERIAL FLOW (動脈側流量) :	200 (ml/min)		
VENOUS OUTLET PRESSURE (静脈側圧) :	80 - 110 (mm/Hg)		
USUAL UFR/TMP	600 - 700 (l/h)	150 - 200 (mm/Hg)	
INITIAL HEPARINIZATION (初ヘパリン使用量) :	1000 (U)	HOURLY DOSE (持続ヘパリン量/時) 1000	
AVERAGE BLOOD PRESSURE (平均血圧) :	PRE (透析前) : 140 - 150 / 80 - 90 (mmHg)	POST (透析後) : 120 - 140 / 70 - 90 (mmHg)	
DRY WEIGHT (基体重) :	52 (Kg)		
<b>UNUSUAL EVENTS/PROBLEMS DURING DIALYSIS AND COMMENTS</b> (透析中の特記事項)			
OTHERS : (Epo etc,)	Intravenous infection (-)		

## LABORATORY DATA

(THE DATES MUST BE WITHIN 60 DAYS OF SCHEDULED DATES OF DIALYSIS)

(検査データ)

(最初の透析予定日から 60 日以内の結果に限る。但、ハワイでは 30 日以内となる。)

BLOOD TYPE :	A.    B.    AB. <input checked="" type="radio"/>	Rh: ( <input checked="" type="radio"/> ) ( - )
	VALUE	DATE (MM/DD/YY)
sGOT	26    (KU)	
sGPT	17    (KU)	
Hemoglobin	9.9    (g/dl)	
Hematocrit	32.0    (%)	
Alkaline Phosphatase	(IU/l)	
BUN	Pre: 83.7    Post: 27.0    (mg/dl)	
POTASSIUM	6.8    3.7    (mEq/l)	
CREATININE	15.52    5.54    (mg/dl)	
CALCIUM	9.4    8.9    (mg/dl)	
PHOSPHATE	401    (mg/dl)	
HBsAg	( + )    ( - )	
HIV	( + )    ( <input checked="" type="radio"/> )	
HCV	( + )    ( <input checked="" type="radio"/> )	

WE MUST HAVE ALL OF THE ABOVE VALUES BEFORE ACCEPTING THE PATIENT.

(患者の受入れを許可するに当り、上記全ての情報が必要です。)

## MEDICAL INFORMATION SHEET

PHYSICIAN' S SUMMARY OF PAST AND CURRENT PROBLEMS OR COMPLICATIONS,  
INCLUDING EKG READING AND CHEST X-RAYS WITHIN PREVIOUS SIX (6) MONTHS.

(i.e. WHEEL CHAIR, AMBULATORY?)

(本患者の過去、現在の合併症を含む問題点、心電図、胸部の X 線写真(6ヶ月以内)、患者の明らかな注意事項、心理的及び行動上の問題点、(車椅子使用か、歩行可能か)等についての医師の要約コメント)

ECG :	Normal. 12/01/05
CHEST X-RAY :	Normal. 12/01/05
CTR : Percutaneous transluminal coronary angioplasty for angina pectoris ( 02/27/03 – 03/19/03)	
Prefinding : RCA, substantial obstruction, LAD – 68% stemosis, LCX – 83% stenosis.	
Follow up coronary angioplasty.	
05/22/03 : RCA – 29%, LAD – 32%, LCX – 21%	
09/18/03 : RCA – 21%, LAD – 37%, LCX – 24%	
OTHERS:	
DOCTOR' S SIGNATURE :	

フォーム監修： 一般財団法人 航空医学センター専務理事・所長 五味秀穂