

[参考資料]

透析患者個人票

No.

氏名			性別	男・女	生年月日	T· S·H	・・(歳)
住所	〒						
電話番号	自宅				携帯		
病名（腎不全以外の病名も記載）							
通院していた病院の所在と名称							
	市			町村			病院名
従来の透析回数			週回		最終透析日	月日（透析時間）	
DW	kg	感染	HB Ag( )、HCV( )、HIV( )、その他				血液型 (+,-)
家族等付き添い			有	氏名 続柄			
ADLについて (○をする)	1 移動（全介助 一部介助 自立） 車椅子使用：有・無						
	2 食事（全介助 一部介助 自立）						
	3 排泄（全介助 一部介助 自立）						
	4 入浴（全介助 一部介助 自立）						
通院について (○をする)	1 公共交通機関を使って自力で通院できる。						
	2 介助があれば公共交通機関を使って通院できる。						
	3 介助があっても公共交通機関では通院できない。						