

[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。						