様式6号 【依頼元透析医療機関→受入透析医療機関】

透析患者受入依頼連名簿

月　日　時　分
依頼元透析医療機関名
担当者名
連絡先 TEL FAX MAIL

要請

月　日　時　分
受入透析医療機関名
担当者名
連絡先 TEL FAX MAIL

優先順位	（フリガナ） 氏名	性別（F/Mを記載）	年齢	住所	電話	最終透析日	ドライウェイト	病名（腎不全以外）	禁忌薬	感染症	シャント	血液型	ADL			備考
													移動	食事	コミュニケーション	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手（右 ・ 左） 足（右 ・ 左） 血管（自己・人工）	A・B・O・AB （Rh:＋・−）	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手（右 ・ 左） 足（右 ・ 左） 血管（自己・人工）	A・B・O・AB （Rh:＋・−）	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手（右 ・ 左） 足（右 ・ 左） 血管（自己・人工）	A・B・O・AB （Rh:＋・−）	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手（右 ・ 左） 足（右 ・ 左） 血管（自己・人工）	A・B・O・AB （Rh:＋・−）	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	
						月 日	kg			☐ あり ☐ なし	手（右 ・ 左） 足（右 ・ 左） 血管（自己・人工）	A・B・O・AB （Rh:＋・−）	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 問題あり ☐ 問題なし	

※必要に応じて、患者詳細情報（診療記録など）を添付

次ページ　なし　/　あり　（　　枚目　/　　枚