

<b>緊急透析カード</b> 発行日：令和 年 月 日 私は神奈川県【 】で 血液透析治療を受けています。事故、災害などの緊急時には、 御連絡の上、最善の処置をお願いします。						
フリガナ 氏名	( 年 月 日生)		血液型	型 Rh( )		
糖尿病 病	有・無	糖尿病 治療薬	インスリン 経口薬	使用中・未使用 使用中・未使用	心筋梗塞 既往	有・無
住所	TEL FAX					
緊急連絡先 氏 名 TEL FAX						

施設名			
住所			
TEL		FAX	
【透析条件】	膜面積	m <sup>2</sup>	透析時間 時間( 回/週)
透析液			血流量 ml/min
目標体重 (DW)	kg	バスキュラー アクセス	
抗凝固薬	種類 ( ) 使用量 (開始量 U 維持量 U/hr)		
禁忌 (薬・膜)			

<b>緊急透析カード</b> 発行日：令和 年 月 日 私は神奈川県【 】で 血液透析治療を受けています。事故、災害などの緊急時には、 御連絡の上、最善の処置をお願いします。						
フリガナ 氏名	( 年 月 日生)		血液型	型 Rh( )		
糖尿病 病	有・無	糖尿病 治療薬	インスリン 経口薬	使用中・未使用 使用中・未使用	心筋梗塞 既往	有・無
住所	TEL FAX					
緊急連絡先 氏 名 TEL FAX						

施設名			
住所			
TEL		FAX	
【透析条件】	膜面積	m <sup>2</sup>	透析時間 時間( 回/週)
透析液			血流量 ml/min
目標体重 (DW)	kg	バスキュラー アクセス	
抗凝固薬	種類 ( ) 使用量 (開始量 U 維持量 U/hr)		
禁忌 (薬・膜)			

<b>緊急透析カード</b> 発行日：令和 年 月 日 私は神奈川県【 】で 血液透析治療を受けています。事故、災害などの緊急時には、 御連絡の上、最善の処置をお願いします。						
フリガナ 氏名	( 年 月 日生)		血液型	型 Rh( )		
糖尿病 病	有・無	糖尿病 治療薬	インスリン 経口薬	使用中・未使用 使用中・未使用	心筋梗塞 既往	有・無
住所	TEL FAX					
緊急連絡先 氏 名 TEL FAX						

施設名			
住所			
TEL		FAX	
【透析条件】	膜面積	m <sup>2</sup>	透析時間 時間( 回/週)
透析液			血流量 ml/min
目標体重 (DW)	kg	バスキュラー アクセス	
抗凝固薬	種類 ( ) 使用量 (開始量 U 維持量 U/hr)		
禁忌 (薬・膜)			

<b>緊急透析カード</b> 発行日：令和 年 月 日 私は神奈川県【 】で 血液透析治療を受けています。事故、災害などの緊急時には、 御連絡の上、最善の処置をお願いします。						
フリガナ 氏名	( 年 月 日生)		血液型	型 Rh( )		
糖尿病 病	有・無	糖尿病 治療薬	インスリン 経口薬	使用中・未使用 使用中・未使用	心筋梗塞 既往	有・無
住所	TEL FAX					
緊急連絡先 氏 名 TEL FAX						

施設名			
住所			
TEL		FAX	
【透析条件】	膜面積	m <sup>2</sup>	透析時間 時間( 回/週)
透析液			血流量 ml/min
目標体重 (DW)	kg	バスキュラー アクセス	
抗凝固薬	種類 ( ) 使用量 (開始量 U 維持量 U/hr)		
禁忌 (薬・膜)			

————— 切り取り線

- - - - - 山折り線