

《外来臨時透析のご案内》

当院で、臨時透析をご希望の方は、希望日の2ヶ月～10日前までの間に電話にて、ご連絡くださいますようお願いいたします。

ベッドの空き状況によっては、受入れが困難な場合もございます。

また、ご予約の際、肝炎等の感染症をお持ちかどうかお知らせください。

ベッドを固定している関係上、予約時に必要な情報となります。

満床の際には、ご希望に添えない場合がありますことをご了承ください。

<連絡先> 聖路加国際病院 腎センター

Tel: 03-3541-5151 (代表)

内線: 6350

Fax: 03-5550-2421 (腎センター直通)

<対応時間> 9:00～17:00 <月～土>

臨時透析の申し込み

- ①希望日・時間が決まりましたら、必ず、電話にて、ご連絡ください。
- ②希望日時にベッドを確保出来ましたら、仮予約と致します。
- ③早急に、診療情報・透析条件・透析記録（直近3回分）をFAX送信していただき、内容を確認後、臨時透析受入れの可否について、こちらよりご連絡いたします。

* 海外在住の方につきましては、仮予約の際に、連絡方法をご相談させていただきます。

臨時透析予約日の1週間前

現在、通院されている透析施設より、以下の書類をFAXにて送信してください。

- ①臨時透析依頼書
(診療情報提供書・透析条件)
- ②直近の透析記録3回分
- ③健康保険証・特定疾病療養受領証のコピー

臨時透析当日

◆平日の日中に来院される方

→本館1階「初診受付」にお寄りください。

◆夜間・休日に来院される方

→直接、旧館3階「腎センター」へお越してください。

◆ご持参いただく書類

- ①臨時透析依頼書(もしくは診療情報提供書・透析条件)
- ②直近の透析記録3回分
- ③健康保険証・特定疾病療養受領証のコピー
- ④透析中に着用される衣類 (通常、着替えない方は不要です)
- ⑤止血バンド (所有されている方)
- ⑥イヤホン

(各ベッドにテレビを設定しております。視聴をご希望の方はご持参下さい。)

- ⑦透析中の食事(必要な方のみ)

臨時透析 最終日終了後

診療情報提供書
透析記録等
をお渡しいたします。
会計には寄らずに、
お帰りいただいて結構です。



後日

当院 医事課より、
「振込用紙」
を送付いたします。
届き次第、速やかに
お振込みくださいますよう、
お願い申し上げます。

★ 海外在住の方 ★

透析実施当日に“⑥会計”に、お寄りください。
現金・クレジットカードでのお支払いが可能です。

(受信者)
 聖路加国際病院腎センター
 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1
 F A X 番号 03-5550-2421
 電話番号 (代表) 03-3541-5151



臨時透析依頼書 (FAX)

年 月 日

施設名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____ F A X 番号 _____
 担当医師名 _____ 印 _____

透析依頼に関する連絡担当者名

氏 名	(FAX送信の場合はイニシャルで可)
生年月日	歳 (FAX送信の場合は年齢で可) 性別 男・女
透析依頼日	(透析を実施する全ての日時を記載してください)
原疾患 および 問題点	
透析導入日	西暦 年 月 日
透 析 条 件	
透析回数	透析回数 (月・火・水・木・金・土) 一回 時間 分
ダイアライザー	
透析液	
流量	血液流量 ml/分 透析液流量 ml/分
抗凝固剤	
バスキュラーアクセス	右左 内シヤント・人工血管・動脈表在化・カテーテル
穿刺針	動脈側 静脈側
ドライウェイト	kg 心胸比 (CTR) % (撮影日) 体重 kg)
透析中注射薬	
透析中内服薬	
定期処方	
禁忌薬・アレルギー	
感染	HB抗原() HB抗体() HCV() HIV() TPHA()
備考	