



財團法人日盛健康基金會
腎友出國轉診摘要
JIH SUN HEALTH FOUNDATION
HEMODIALYSIS TRANSFER SUMMARY

NAME : _____ SEX : _____ AGE : _____
CURRENT ADDRESSES : _____ PHONE : _____
HOSPITAL FROM : _____ TO _____

CLINICAL DIAGNOSIS

PATIENT'S SUMMARY

Dry weight : _____
Blood pressure : _____
Blood pulse : _____
Blood access : _____
Blood type : _____
Allergies : _____
HBsAG : _____ M.R.S.A : _____
HIV : _____ HCV : _____

MACHINES SUMMARY :

(bicarbonate dialysis)

Dialysis system : _____
Dialyzer : _____
Dialysate Na : _____
Dialysate Ca : _____
Blood Flow Rate : _____

TYPE OF HEPARINIZATION :

Load dose : _____

Continuous dose : _____

Protamin : _____

TIME OF DIALYSIS :

First dialysis : _____

Last dialysis : _____

Therapy required : Once Twice

Thrice/week _____ Hrs per time.

CURRENT MEDICATION : _____

Recent Serum Chemistries :

BUN :	Na :	Ca :	TG :	SGOT :
Creatinine :	K :	P :	Cholesterol :	SGPT :
Uric Acid :	Cl :	Glucose :	Alk-p :	Bilirubin :
Hematocrit :	WBC :			

Prepared By :