

災害時透析患者カード

私は腎臓病により、

- ☐血液透析（HD）
 ☐腹膜透析（PD）
 ☐血液透析＋腹膜透析併用
 を受けています。

フリガナ		
氏 名		
住 所		
生年月日	年 月 日生	
血 液 型	A、B、O、A B型 R H（＋・－）	
緊急連絡先	氏名	
	電話	()
通院施設名		
感染症		
抗凝固薬		
ドライウェイト（計測日）	K g	
透析中の投薬		
その他の留意点（アレルギー、薬剤の禁忌、合併症、インスリンの使用等）		

災害時には医療機関、市町村などに本カードに記載された情報を提供します。