

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、AB型 RH（＋・－）	
緊急連絡先	氏名	
	電話	（ ）
通院施設名		
感染症		
抗凝固薬		
ドライウエイト（計測日）	K g	
透析中の投薬		
アレルギー		
薬剤の禁忌		
その他の留意点（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。