

シート（Ⅰ）透 析 施 設 調 査 表

印字内容は2008年10月末時点のものです。

01 施設コード										09 施設名										住所（〒 ）										透析施設代表者名（医師）									
																														記入者名									
																														カナ									
																														漢字									
																				TEL										FAX									
区 分	施 設 名 (カ タ カ ナ)										透 析 施 設 の 現 況										透 析 従 事 者 数 (人)																		
											透析開始年月					同時 透析 能力 (人)	最大 収容 能力 (人)	コン ベッ ドサ ー ル台 数(台)	医師		看護師		臨床工 学 士		栄養士		ケ ー ス ワ ー カ ー		その他										
											西暦年		月						専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務									
10	11									26	30	32	35	38	41	43	45	48	51	53	55	57	59	61	63	66													
0																																							
区 分	2008年末透析患者数 (人)										2008年末 透析患者数のうち 入院患者数(人)		2008年 貴施設 新規導入 患者数 ※2	2008年 貴施設 死亡 患者数 ※3	2008年透析液水質管理状況 ※4								記 入 禁 止 2	記 入 禁 止 50															
	昼 透 析	夜 透 析	在 血 透	宅 液 透	腹 膜 透 析	2008年末 透析患者 総数 ※1	血 液 透 析 (入院)	腹 膜 透 析 (入院)	装 着 コ ン ソ ー ル 台 数 (台)	サ ン プ ル 時 ET フ ィ ル タ ー の 有 無	サ ン プ リ ン グ ポ イ ン ト	ET 測 定 頻 度			ET 測 定 値	細 菌 数 測 定 の 頻 度	細 菌 数 測 定 サ ン プ ル 量	細 菌 培 養 培 地	細 菌 数																				
	10	11	14	17	20	23	26	29	32	35	38	41	42	43	44	45	46	47	48	49																			
1																																							
※1：昼間透析＋夜間透析＋在宅血液透析＋腹膜透析＝2008年末透析患者総数となるよう確認して下さい。 ※2：2008年(1月1日～12月31日)に、貴施設で新規に透析導入した患者数をご記入下さい。 ※3：2008年(1月1日～12月31日)に、貴施設で透析を受けていたが死亡された患者数をご記入下さい。 ※4：2008年(1月1日～12月31日)に、貴施設で実施した透析液水質管理調査についてご記入下さい。 ET:エンドキシン																				ETフィルター装着コンソール台数 全コンソールのうち、ETフィルターを装着しているコンソール台数をお答え下さい。 サンプル時ETフィルターの有無 A:なし B:あり Z:不明 サンプルングポイント A:ダイアライザ前 B:ダイアライザ後 Z:不明 ET測定頻度 A:なし B:毎日 C:毎週 D:隔週(月複数回) E:1回/月 F:数回/年 G:1回/年 Z:不明 ET測定値 もっとも悪かった時の値をお答え下さい。 A:0.001EU/ml未満 B:0.001～0.01EU/ml未満 C:0.01～0.05EU/ml未満 D:0.05～0.1EU/ml未満 E:0.1～0.25EU/ml未満 F:0.25～0.5EU/ml未満 G:0.5EU/ml以上 Z:不明 ※透析液エンドキシン値の単位がEU/LからEU/mlに変わりましたのでご注意ください。 細菌数測定の頻度 A:なし B:毎日 C:毎週 D:隔週(月複数回) E:1回/月 F:数回/年 G:1回/年 Z:不明 細菌数測定サンプル量 A:1ml未満 B:1～10ml未満 C:10～50ml未満 D:50～100ml未満 E:100～500ml未満 F:500ml～1L未満 G:1～10L未満 H:10L以上 Z:不明 細菌培養培地 A:普通寒天培地 B:R2A培地 C:TGEA培地 D:血液寒天培地 E:TSA培地 F:その他の培地 Z:不明 細菌数 もっとも悪かった時の値をお答え下さい。 A:0.1cfu/ml未満 B:0.1～1cfu/ml未満 C:1～10cfu/ml未満 D:10～100cfu/ml未満 E:100cfu/ml以上 Z:不明																			

ご記入後、貴施設にてコピーをお取り下さいますようお願い致します。