

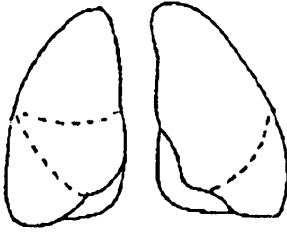
Medical Note (医療ノート)

Hawaii Oxygen Service - Kimiyo Yamasaki

FAX: Hawaii (808) 744-2806 TEL: (808) 221-2747 E-mail: kimiyo55@hotmail.com

(英語/ローマ字記入)

Patient Name 氏名			Age:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of Birth 生年月日	(月/日/西暦) / /	Blood Type:	Height: cm	Weight: kg
Home Address Home Phone No. 住所/電話番号	TEL :			
Diagnosis 基礎疾患 Since when (月/日/西暦)	/ /			
Brief Description of Condition 簡単な現病歴/病状 呼吸困難の程度				
Previous Illness 既往歴 Infectious Disease 感染症	YES – NO			
Allergy アレルギー	YES --- Drug:	Food:	Other:	
	NO			
Vaccinations ワクチン	Influenza: (/ /) Pneumococcal: (/ /) Other:			
Admission or Surgery within one year 1年以内の入院 又は手術	YES – When Reasons NO			
Medical problems during previous travels 最近の旅行中の トラブル	YES – When Reasons NO			

Lab Results, Within 6 Month 検査データ 6ヶ月以内	Date / /		BP / /	P / /	HR / /	RR / /	
	Date / /	FVC	FEV1	FEV1% FEV1/FVC			
	PFTs 肺機能検査						
	ABG 血液ガス	pH	PaO2	PaCO2	O2 SAT %		
	Date / /	安静時 Room air, Rest					
	Date / /	労作時 W/Activity					
	Date / /	酸素使用時 O2 L/min					
X-ray Reading	Date / /						
							
Prescription 薬の処方	•Oral: 経口		•Inhalation: 吸入薬		•Others:		
	(名称:商品名ではなく Generic Name で)						
Oxygen Prescription For this trip 旅行用酸素処方 他特記事項	-with Regulator Rest: L/min		w/Activity: L/min		Sleep: L/min		
	-with OCD (酸素セーバー) Rest:		w/Activity:				
	Others:						
Name of Facility Address 医療機関名 住所						TEL: FAX:	
Physician's Name 担当医師名						Date: / / <small>(ローマ字/日本語)</small>	