

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）
透析医療に係る改定の影響調査 調査票(案)

※平成19年7月18日（水）または7月19日（木）の1日（調査時点）に外来透析を実施した患者1人1人について、平成18年1月と平成19年7月時点の①Hb（ヘモグロビン）値（g/dL）、②Ht（ヘマトクリット）値（％）、③エリスロポエチン製剤の1週間当たり処方量（IU）を記入してください。

※本調査は調査時点の外来透析患者全員を対象にしておりますが、平成18年1月時点は貴施設の外来患者でなかった患者の場合は、本調査の対象外ですので、記入は不要です。

※調査対象患者が多い場合は、大変恐縮でございますが、最大30人分まで（例：調査時点の午前中のみの患者を対象）、記入してください。

※エリスロポエチン製剤処方量がない場合は、「0」と記入してください。

通し 番号	平成18年1月時点			平成19年7月時点		
	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1週間当たりの エリスロポエチン 処方量 【IU】	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1週間当たりの エリスロポエチン 処方量 【IU】
(例)	11.5	36.4	6,000	12.0	36.8	3,000
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

以上で様式2のアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。