

# 堺近森病院バスキュラーアクセス科 申込書

★患者様情報 当院受診歴（有・無） 依頼日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
患者氏名		生年月日		年	月 日
住所					
電話番号		携帯電話番号			

★依頼内容

（ シェント造設 ・ VAVT ・ 診察のみ ・ その他 ）
（ 日帰り治療 ・ 入院治療 ）
送迎希望【 有 （ 紹介元医療機関 ・ 自宅 ） ・ 無 】

★診療希望日

本日 ・ 次の透析までに ・ 希望日（ ）
-----------------------

透析状況	未導入 ・ 透析導入後（ 月水金 ・ 火木土 ・ その他 ）				
現シェント	AVF ・ AVG ・ カテーテル ・ 表在化動脈				
最終透析日	月 日（ 曜日）				
過去2回のPTA治療歴(医療機関名)	前回		前々回		
症状など： 以下に当てはまるものすべてに○をつけて下さい。 症状なし ・ 血液透析導入準備 ・ 浮腫 脱血不良 ・ シェント音消失 ・ 拍動様 ・ 静脈圧上昇 止血困難 ・ シェント肢腫脹 ・ 感染疑い ・ その他					
移動動作	自立歩行 ・ 介助歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー				
意思疎通	可能 ・ やや困難 ・ 困難				
付き添い	有 ・ 無	本人との続柄			

★紹介元情報

医療機関名		担当医師	科	先生
依頼者		依頼者連絡先		

★本申込書と一緒に下記資料を**Fax(072-227-8027)**して下さい。

<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 透析記録3回分	<input type="checkbox"/> 透析サマリー(入院治療時のみ)
<input type="checkbox"/> 血液検査結果	<input type="checkbox"/> 心エコー(初回造設時のみ)	<input type="checkbox"/> 薬剤情報

\*心エコー所見は初回造設時のみ必須です。当院での実施も可能です。

堺近森病院 バスキュラーアクセス科  
 〒590-0004 大阪府堺市堺区北清水町2-4-1  
 電話：072-227-8001 Fax：072-227-8027  
 受付時間 平日：9-18時 土：9-12時