

# 堺近森病院バスキュラーアクセス 申込書

依頼日 年 月 日

★依頼内容

( 診察と同日治療 ・ 診察のみ )
( 日帰り治療 ・ 入院治療 )
送迎希望【 有 {紹介元医療機関 ・ 自宅} ・ 無 】

※ 送迎は堺近森病院よりお車で10km以内の範囲とさせていただきます。

★診察希望日

本日 ・ 次の透析までに ・ 都合の悪い日 ( )
---------------------------

★患者様情報 当院受診歴 ( 有 ・ 無 )

ふりがな	性別	
患者氏名	生年月日	年 月 日
住所		
電話番号	携帯番号	

透析状況	未導入 ・ 透析導入後 ( 月水金 ・ 火木土 ・ AM / PM ・ その他 )				
シャント肢	左 ・ 右	現シャント	AVF ・ AVG ・ カテーテル ・ 表在化動脈		
最終透析日	月 日 ( 曜日)				
過去3回のPTA治療歴	前回		前々回		3回前

症状など：以下にあ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	シャント狭窄
脱血不良	シャント音消失	拍動様	静脈圧上昇
止血困難	シャント肢腫脹	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			
禁忌薬※必須			感染症		

★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(月～土：072-221-5200 又は 月～金：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	<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外来  
 〒590-0004 大阪府堺市堺区北清水町2-4-1  
 電話:072-227-8001 Fax:072-221-5200  
 受付時間 平日:9-17時 土曜9-12時