

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 : 072-221-5200(VA科直通) して下さい。

☐ 診療情報提供書	☐ 透析記録3回分	☐ 透析サマリー(初診時・入院時は必須)
☐ 血液検査結果	☐ 心エコー	☐ 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 (VA科直通)
 受付時間 平日:9-17時 土曜9-12時