

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

(シヤント造設 ・ VAIVT ・ 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 】

※ 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)
------	---

シヤント肢	左 ・ 右	現シヤント	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	シヤント狭窄
脱血不良	シヤント音消失	拍動様	動脈圧上昇
止血困難	シヤント肢腫脹	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:9-18時 土曜9-12時