

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 】

★診察希望日

本日 ・ 次の透析までに ・ 希望日 ()

★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 ・ その他)
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	

★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 土曜：072-221-5200)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:072-227-8027
 受付時間 平日:9-18時 土曜:9-12時