

# バスキュラーアクセス初診申込書

TEL : 047-470-5115 FAX : 047-470-5112

(FAX送信者 ) 西暦 年 月 日

施設名			
フリガナ			性別
患者氏名			男 ・ 女
生年月日	西暦	年	月 日 年齢 才
TEL	本人 自宅 携帯		
	家族(続柄 )		
	施設(施設名 )		

アクセスの種類	( 右・左 ) ( AVF・AVG ) ( 表在化・長期カテ )
作成日	① 年 月 日 病院名 ( )
	② 年 月 日 病院名 ( )
透析導入日	年 月 日 病院名 ( )
透析日	( . . ) 曜日 AM PM 夜間
<u>PTA歴(有・無)</u>	① 年 月 日 病院名( )
	② 年 月 日 病院名( )
	③ 年 月 日 病院名( )
造影剤アレルギー	無 ・ 有 ・ 不明
薬剤アレルギー	無 ・ 有 ( )
ペースメーカー	無 ・ 有 ( 右 / 左 )
感染症	検査日(西暦 年 月 日) ※1年未満のデータ
	HBs ( + / - ) HCV ( + / - ) ワ氏 ( + / - )

## 診療内容

<p>1. フォロー希望</p> <p>2. アクセストラブル</p> <p>・穿刺困難 ( A / V ) ・V圧上昇 ( mmHg) ・閉塞(部位 )</p> <p>・シャント瘤 ・シャント音(減弱 /狭窄音 /なし)</p> <p>・脱血不良 (QB → QB )</p> <p>上記のトラブルはいつからですか? ( )</p> <p>3. その他</p>
---

## 受診希望日時

①	月 日 ( )	時頃
②	月 日 ( )	時頃
③	いつでも可	

※予約状況によりご希望に添えない場合があります。ご了承下さい。

**バスキュラーアクセス初診申込書をFAX後お電話をお願い致します。**

**津田沼血管クリニック**