

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年未満のデーター
	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